



**Universidade Federal de Juiz de Fora**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**LIMITES E POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DO CUIDADO AO PORTADOR  
DE TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

**ADRIENE PAIVA ARAÚJO HORTA**

**JUIZ DE FORA**

**Junho/2008**

**LIMITES E POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DO CUIDADO AO PORTADOR  
DE TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

**ADRIENE PAIVA ARAÚJO HORTA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Auta Iselina Stephan de Souza

Co-Orientador: Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos

**Juiz de Fora, Junho de 2008.**

**LIMITES E POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DO CUIDADO AO PORTADOR  
DE TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

**ADRIENE PAIVA ARAÚJO HORTA**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora nomeada pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

---

Profa. Dra. Auta Iselina Stephan de Souza (orientadora)

---

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos (co-orientador)

---

Dra. Maria Beatriz Lisboa Guimarães

---

Profa. Dra. Édina E. C. de Souza Meireles

Horta, Adriene Paiva Araújo.

Limites e Possibilidades de Efetivação do Cuidado ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica. Adriene Paiva Araújo Horta, - Juiz de Fora: UFJF/ESS, 2008.

229 f.

Orientadora: Auta Iselina Stephan de Souza

Co-Orientador: Eduardo Mourão Vasconcelos

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora/Escola de Serviço Social/ Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2008.

1. Contextualização histórica da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. 2. A atenção básica e as especificidades da saúde mental. 3. Perspectivas para o cuidado em saúde mental na atenção básica no município de Timóteo.

I. Souza, Auta Iselina Stephan de. II. Universidade Federal de Juiz de Fora, Escola de Serviço Social, Programa de Pós Graduação em

Aos meus pais: referências de vida,  
pelo amor e compreensão.

Ao Rodrigo, meu esposo pelo apoio  
de sempre e amor incondicional.

## AGRADECIMENTOS

Este é um espaço especial para pessoas mais que especiais, ao vencer mais uma etapa da minha vida. O sentimento que me inunda é de imensa gratidão a todos, uma vez que essa dissertação é resultado de um período de muita luta, conquistas e aprendizado; cheio de amor e de várias amizades.

A Deus! Força onipresente que permitiu ultrapassar todos os obstáculos deparados nesse caminho e me fortalecendo.

Aos meus queridos e amados pais, pelo apoio, carinho, compreensão, orações que foram absolutamente imprescindíveis para que eu pudesse me dedicar ao Mestrado, que me cercaram de amor, carinho, muita dedicação e ensinaram-me a importância do amor e da simplicidade. Vocês são as dádivas da minha vida, sempre me impelindo a realizar os sonhos e os desejos.

A Rodrigo, a todo tempo me surpreendendo com tanto carinho, paciência, delicadeza e cuidado, fazendo com que nosso laço de amor se estreitasse ainda mais, depositando em mim uma total credibilidade, acreditando na minha capacidade, incentivando-me e torcendo por mim. Acima de tudo acompanhando-me sempre!

A minha irmã Ariadne, Gerson e Débora, que estiveram comigo nessa caminhada, às vezes não tão perto, mas torcendo, contribuindo e acreditando em mim!

Aos meus amigos e, em especial, a Lígia, Neila e Aparecida mesmo distantes geograficamente ou não, sempre se fizeram presentes no incentivo e apoio incondicional. Vocês são pessoas que agradeço por poder contar sempre!

A minha Orientadora Auta, por todo o carinho, empenho, disponibilidade, incentivo, dedicação e interesse com que me acolheu nessa caminhada, disposta a me acompanhar, superando as dificuldades geográficas.

A Édina, com seu jeito especial, que muito me apoiou e me acompanhou, iniciou comigo e muito contribuiu para a realização desse trabalho.

Ao professor Eduardo Mourão, pela disponibilidade, simplicidade, pelos ensinamentos, riquíssimas contribuições e incentivos!

À Professora Maria Beatriz Lisboa, pela disponibilidade em compor a banca examinadora.

Às amigas da Turma do Mestrado, que me acolheram e me apoiaram no cansaço da distância e das inúmeras atividades desenvolvidas. Não sei como consegui!!! Quantos encontros, quantas pessoas especiais que estiveram do meu lado quando estava longe de casa, da família, do marido. Cada uma a sua maneira, mas guardarei uma doce lembrança desse período que será inesquecível na minha vida. Em especial, à minha amiga Paula, amizade recente, mas incontestável, solidamente construída, grande incentivadora e de apoio indiscutível nos momentos difíceis, o meu imenso obrigada, saiba que pode contar comigo, desconsidere a distância geográfica.

Aos companheiros de caminhada: Valdirene, Lorena, Adélia, Ana Paula, Adriana, pelas vezes que se solidarizaram com os apertos desse processo; E em especial a Nirciene, grande incentivadora e colaboradora, com certeza valeram muito os nossos intensos estudos e por compartilhar dessa trajetória! O quanto você foi importante nesta conquista! Um agradecimento a Marlene Rocha, pela amizade, cooperação e aprendizado de vida, que muito me apoiou, incentivou e contribuiu para a finalização deste trabalho, com sua valiosa habilidade.

Aos meus alunos e estagiários que estimularam meu encontro com a docência e me fizeram apaixonar por esse espaço tão rico e complexo.

Um agradecimento especial aos meus companheiros de luta do Centro de Saúde Mental de Timóteo, que me acompanharam a cada momento, compreendendo-me e, acima de tudo, incentivando-me...em especial, Simone e George, que ouviam as minhas angústias e, com certeza, contribuíram e entenderam a minha ausência. A

Eliane, sempre me apoiando nas formatações, digitações, com carinho e com seu jeito especial de ser. Ah! Não posso esquecer dos meus colegas de trabalho que chegaram após o concurso. Que felicidade receber vocês! Com certeza, já estão nascendo grandes amizades.

Não poderia deixar de agradecer as contribuições e incentivos da minha amiga “poderosa” Vitória, que, com seu jeito singular de ser, estimulou-me e, a cada dia, fez-me crescer sempre dizendo, você é capaz!

A todos os funcionários e professores da Escola de Serviço Social da UFJF, por estarem sempre dispostos a contribuir.

Meus agradecimentos também para a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Timóteo que permitiu que esse estudo fosse realizado e, em especial, aos Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, Médicos, Enfermeiros e equipe gestora que colaboraram para a concretização desse trabalho, proporcionando grande aprendizado.

Como parte deste valoroso time, agradeço à Ricardo Silvestre que acreditou na minha potencialidade e apoiou-me nessa caminhada. A Jeane e Edmilson, pelo incentivo constante, atenção e presteza em momentos difíceis.

A Neide e Wilaine pelo apoio e contribuição na etapa inicial desse estudo.

A todos os familiares e amigos, pelo apoio e torcida e por compreenderem minha ausência em diversos momentos.

Obrigada, a todos vocês que fizeram e fazem parte da minha vida, não há como lembrar de todos e agradecer-lhes nesse momento, mas saibam que todas as contribuições foram valiosas e especiais para mim!!!



É melhor tentar e falhar, que  
preocupar-se e ver a vida passar.  
É melhor tentar, ainda que em vão,  
que sentar-se fazendo nada até o final.  
Eu prefiro na chuva caminhar,  
que em dias tristes em casa me esconder.  
Prefiro ser feliz, embora louco,  
que em conformidade viver.

Martin Luther King

## RESUMO

O presente estudo centra-se em reflexões acerca do cuidado ao Portador de Transtorno Mental – PTM na atenção básica, particularmente na Estratégia de Saúde da Família – ESF no município de Timóteo/MG, bem como identificar as possibilidades e limites que circundam o cotidiano dos profissionais da atenção básica na efetivação da assistência. Buscou-se problematizar, nesse sentido, as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, à luz da integralidade da assistência e o papel da atenção básica, da ESF frente ao cuidado ao PTM, uma vez que esses compartilham os princípios fundamentais como: vínculo, responsabilização e acolhimento. Portanto, a partir de uma perspectiva crítica, o trabalho abarca as mudanças no âmbito do cuidado ao PTM, realizou-se pesquisa de campo com os profissionais da ESF e equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. Assevera-se que foram lançadas algumas contribuições reflexivas sobre o cuidado ao PTM na atenção básica, tendo como referência o materialismo histórico, do qual foram extraídas categorias analíticas que poderão contribuir com a efetivação da assistência na ESF e a organização do trabalho. A partir das análises dos dados coletados, foi possível perceber que os profissionais da atenção básica não realizam o cuidado ao PTM, primam pelo encaminhamento ao serviço de saúde mental de referência e não conhecem os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e as mudanças no âmbito do cuidado.

**Palavras-Chave:** Reforma Psiquiátrica, Atenção Básica e Portador de Transtorno Mental

## ABSTRACT

This study focuses attention on the care of Mental Illness Holder – MIH in basic attention programs, particularly in the Family Health Strategy – FHS in the city of Timóteo/MG, as well as, on the identification of the possibilities and limits that are present in the routine of basic attention professionals on the effectiveness of the attention. A problematization of the new proposals of the Psychiatric Reform on the light of the complete assistance and the role of basic attention of FHS concerning MIH was searched, considering they share the same fundamental principles, such as: the link, responsabilization and reception. Therefore, from a critical perspective, the work covers the changes on the care of MIH and a research with FHS professionals and local Social Service and Health staff was made. Some contributions for reflection about the care of MIH in the basic attention were presented, and analytical categories from the historical materialism were extracted and can contribute in the effectiveness of care at FHS and the organization of the work. With the analysis of the collected data, this study verifies that basic attention professional don't provide the care to MIH but just send the patients to the mental health service of reference which don't know about Psychiatric Reform or about the changes in the field of care.

**Key Words:** Psychiatric Reform, Basic Attention and Mental Illness Holder.

## LISTA DE ABREVIATURA

Ações Integradas de Saúde – AIS  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA  
Agentes Comunitários de Saúde – ACS  
Associação Brasileira de Imprensa – ABI  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO  
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Atenção Básica - AB  
Atenção Primária em Saúde – APS  
Autorização de Internação Hospitalar – AIH  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES  
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS  
Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS  
Comunidades Eclesiais de Base – CEB  
Conferência Nacional de Saúde – CNS  
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB  
Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras – CPMF  
Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM  
Estratégia de Saúde da Família – ESF  
Fundação de Ação Social de Timóteo – FAST  
Fundo de Assistência Social – FAS  
Gerência Regional de Saúde – GRS  
Índice de Desenvolvimento Humano - IDH  
Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas – IBASE  
Instituto Nacional de Previdência Social – INPS  
Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs  
Lei Orgânica da Saúde - LOS  
Ministério da Educação - MEC  
Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS  
Ministério da Saúde – MS  
Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM  
Norma Operacional Básica – NOB  
Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF

Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS  
Ordem dos Advogados do Brasil – OAB  
Organização Mundial de Saúde – OMS  
Organização Pan – Americana de Saúde – OPAS  
Plano de Pronto Ação – PPA  
Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM  
Portador de Transtorno Mental - PTM  
Programa de Saúde da Família – PSF  
Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM  
Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde – SUDS  
Sistema Único de Saúde – SUS  
Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro – SMRJ  
Tratamento Fora de Domicílio – TFD  
Unidade Básica de Saúde - UBS  
Unidade de Serviços – US

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA REFORMA SANITÁRIA E PSQUIÁTRICA NO BRASIL .....</b>	<b>25</b>
1.1 – Historicidade: a configuração da Política de Saúde e a particularidade da década de 1980 .....	26
1.2 – A emergência da Psiquiatria no Brasil: alguns elementos históricos.....	43
1.3 - A implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	51
<b>CAPÍTULO II - A ATENÇÃO BÁSICA E AS ESPECIFICIDADES DA SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>71</b>
2.1 – A atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família: um fortalecimento necessário .....	72
2.2 - A Integralidade e o cuidado na atenção à saúde mental .....	86
2.3 - Decifrando a Saúde Mental na Atenção Básica: desafios e conquistas .....	99
□ Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica:.....	116
□ Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF: .....	117
□ Visitas Domiciliares: .....	118
□ Capacitação das Equipes da Estratégia da Saúde da Família: .....	119
□ Terapia Comunitária:.....	119
□ Grupos de Ajuda/Suporte Mútuo:.....	120
<b>CAPÍTULO III - PERSPECTIVAS PARA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE TIMÓTEO .....</b>	<b>122</b>
3.1 - O Contexto do Município de Timóteo: um breve histórico.....	123
3.2 – A Organização da Saúde no Município .....	127
3.3 - Considerações sobre o percurso teórico – metodológico.....	134
3.4 – Decifrando a realidade da Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família.....	144
<b>3.4.1 - A percepção dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e equipe gestora.....</b>	<b>145</b>
Eixo 1 – A Concepção do Cuidado.....	145
Eixo 2 - A organização do Trabalho .....	154
Eixo 3 – Limites e Possibilidades .....	165
<b>3.4.2 – A perspectiva de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde .....</b>	<b>178</b>
Eixo 1 – A concepção do cuidado .....	178
Eixo 2 – A organização do Trabalho.....	185
Eixo 3 – Limites e Possibilidades .....	191
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>199</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>212</b>
<b>APÊNDICE I .....</b>	<b>222</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>224</b>

## INTRODUÇÃO

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, a política de Saúde Mental passou por reconfigurações, propondo uma nova forma de cuidar do Portador de Transtorno Mental – PTM, pautado na integralidade da assistência, com o desenvolvimento de práticas inovadoras, com ênfase na Atenção Básica - AB.

Nesse contexto, a Saúde Mental é marcada por transformações no que tange à realização da atenção ao PTM e à proposição de novos dispositivos estratégicos que apontam para a descentralização do cuidado, a assistência em serviços abertos, a ampliação das possibilidades de ação interdisciplinar, para consolidar uma assistência que compreenda o PTM em sua integralidade.

As transformações no cuidado em Saúde Mental, na atual conjuntura, sofre inúmeras mudanças emanadas do movimento de Reforma Psiquiátrica; Portador de Transtorno Mental – PTM, familiares, profissionais da saúde e sociedade passam a integrar esse movimento, no entanto, impera um desafio, que é romper com o paradigma manicomial e assegurar o privilegiamento da efetivação da assistência de forma integral, proporcionando ao PTM uma nova possibilidade de vida e de aceitação na sociedade.

Desde a aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, Lei 10.216 em 2001, o foco da organização dos serviços de saúde mental tem sido a abertura de serviços comunitários, centrados na atenção ao PTM, na família e na comunidade. A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do cuidado para fora dos hospitais psiquiátricos, em serviços abertos como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Nessa perspectiva, a Atenção Básica é o locus privilegiado de construção de uma nova lógica de assistência aos Portadores de Transtorno Mental. A Atenção Básica se constitui pelos Centros de Saúde, UBS, pela Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários, a partir da particularidade de cada município. A interlocução entre saúde mental e atenção básica marca um progresso no campo da assistência no Brasil, mas também não significa que tenha chegado a uma situação ideal, no que tange à melhoria da atenção face ao despreparo dos profissionais, ausência de efetiva política municipal, desconhecimento do conjunto de fatores sociais, culturais e econômicos que circunscrevem a vida dos PTM.

Diante da necessidade de se refletir sobre os fatores que influenciam acerca da ausência do cuidado ao Portador de Transtorno Mental na atenção básica, particularmente na realidade dos serviços de saúde de Timóteo, tornou-se necessária uma breve discussão acerca da contextualização histórica da Reforma Psiquiátrica e seu surgimento, bem como a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil.

A Declaração de Caracas, redigida em 1990<sup>1</sup>, salienta sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária em Saúde - APS, permitindo a promoção de modelos de serviços que redireciona a assistência em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Programa de Volta para Casa, integrados em redes sociais. Nessa perspectiva, o hospital psiquiátrico deixa de ser o componente central da atenção psiquiátrica e, por outro lado, propõe que os serviços comunitários passem a ser o principal meio para a realização do cuidado. A APS é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde – OMS para alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000” e que os serviços de Saúde Mental devem adequar-se aos princípios e orientações que direcionam as estratégias e modelos de atenção à saúde.

Mediante essa conjuntura dinâmica, marcada por inúmeras mudanças, contradições e a necessidade de compreender as transformações no âmbito da saúde mental numa perspectiva integral, buscou-se a realização de pesquisa que tem por objeto o significado da ausência do cuidado ao Portador de Transtorno Mental pela equipe da Estratégia de Saúde da Família em Timóteo. Para isto, foi escolhido o método dialético para a construção do caminho metodológico, considerando que é o que mais coaduna com a realidade investigada porque indica categorias como a historicidade, totalidade e contradição, elementos conceituais que contribuem para indicar a necessidade de mudanças estruturais nesse campo da política de saúde. Para a efetivação desse, realizou-se um estudo teórico, a partir da revisão da literatura acerca da saúde mental e da atenção básica, e a especificidade da interface com a política de saúde na atual conjuntura. Salienta que se ancorou em uma revisão bibliográfica relacionada a produções consagradas no âmbito acadêmico e, especificamente, na saúde e saúde mental como: VASCONCELOS, AMARANTE, LANCETTI, ALVES, GASTÃO, ESCOREL e outros autores, que contestaram a

---

<sup>1</sup> A Declaração de Caracas foi aprovada por aclamação pela Conferência Regional sobre a Restauração da Atenção Psiquiátrica no contexto dos Sistemas Locais de Saúde sobre a reestruturação de atenção psiquiátrica na América Latina, em Caracas, Venezuela, em sua última sessão de trabalho no dia 14 de novembro de 1990.



política antiga e propuseram uma política avançada de reconhecimento da dignidade e de garantia dos direitos de cidadania incondicional a todos os portadores de transtorno mental. Ressaltamos que a contribuição desses autores possibilitarão a realização da revisão da literatura existente, numa perspectiva de afirmação da necessidade de transformação da assistência ao Portador de Transtorno Mental, tomando como referência os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da efetivação do cuidado em serviços abertos e em direção à atenção básica. Dessa forma, a pesquisa teórica possibilitará um aprofundamento dos aspectos conceituais, sociais e políticos relacionados aos limites e possibilidades de efetivação do cuidado na atenção básica, o que demandará um aprofundamento teórico, de caráter investigativo e analítico referente às atuais tendências no processo de consolidação da atenção ao PTM na atenção básica.

Pode-se perceber que a literatura existente no tocante à saúde mental na atenção básica ainda é incipiente, com alguns relatos de experiências, sem um aprofundamento acerca das mudanças ocasionadas na efetivação do cuidado, no entanto, assinalamos que esta proposta encontra-se em construção.

Dessa forma, buscando analisar essa conjuntura, entende-se que o método dialético é o que oferece subsídios para desvendar essa realidade, pois esse busca compreender a sociedade capitalista, considerando que a mesma é dinâmica, complexa, contraditória e encontra-se em constante transformação, levando em conta a conjuntura histórica, buscando identificar as relações sociais e os antagonismos existentes. Conforme aponta Brohm (1979), a pesquisa dialética analisa as “contradições internas na essência das próprias coisas”, pois tem como marca a historicidade, a totalidade e a unidade de contrários. Salienta-se que essas são as categorias trabalhadas no decorrer deste estudo. A historicidade é o eixo central da dialética, uma vez que a história deve ser compreendida para além do fato ocorrido, cuja trajetória não é linear. Esta se efetiva no interior desse estudo quando realizamos a construção da trajetória histórica da política de saúde e de saúde mental no Brasil, o que proporciona uma leitura crítica acerca da organização e da prestação de serviços dessas políticas.

No que se refere à categoria da totalidade, busca-se compreender, além do processo histórico, a sua transformação, a partir da trajetória dos sujeitos envolvidos e o contexto onde os mesmos se encontram inseridos, considerando todos os componentes da conjuntura política e organizativa da ESF, suas interações e

influências. Essa categoria se materializa no presente estudo a partir da compreensão do cuidado na perspectiva da integralidade, da compreensão da organização do trabalho pela ESF, das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica e também da integração das discussões realizadas, numa visão integral, considerando que as partes compõem um todo, um corpo sólido, único.

E for fim, a categoria da unidade dos contrários, que busca reconhecer os fatos a partir das relações antagônicas, das contradições existentes, sendo possível perceber no momento da pesquisa, na análise das entrevistas, nos depoimentos dos entrevistados que alegam um conhecimento em relação ao cuidado em saúde mental, mas prezam pelo encaminhamento ao serviço de referência, a ausência de vínculo com o portador de transtorno mental. Torna-se imperativo ressaltar que será realizada uma sistematização da literatura existente no Capítulo 1 e 2, uma vez que o arcabouço teórico metodológico referente à saúde mental na atenção básica ainda é pequeno, pois a discussão encontra-se em construção, conforme apontado anteriormente.

Será efetivada uma pesquisa de campo, tendo como cenário investigado as 08 equipes da ESF do município de Timóteo, envolvendo todos os profissionais da equipe: médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos citados acima. As análises sobre os dados coletados serão realizadas a partir de uma dimensão histórica – teórica – política e metodológica, a fim de proporcionar uma compreensão acerca das possibilidades de efetivação do cuidado na atenção básica. A pesquisa de campo será de extrema relevância para o desenvolvimento do estudo proposto, considerando que esta possibilitará identificar as questões que permeiam o cotidiano dos profissionais da atenção básica, fornecendo subsídios para a reflexão acerca da ausência do cuidado ao PTM na atenção básica.

Essa situação coloca um grande desafio para os pesquisadores, profissionais de saúde, gestores, órgãos formadores e usuários dos serviços de saúde de mental. Cabe a todos, portanto, de forma democrática e pactuada, articular saberes e desenvolver estratégias de mudanças no modelo assistencial e na legislação em saúde mental para que, paulatinamente, se observem mudanças culturais secularmente enraizadas na sociedade.

Ressalta-se que os múltiplos serviços de saúde mental, nos mais diversos municípios, trazem em sua estrutura uma formação sócio-histórica, que traduz um

processo brasileiro de desenvolvimento e industrialização, direcionado às formas tradicionais de tratamento, marcados pela cultura do continuísmo das interações psiquiátricas. É visível o fenômeno da necessidade do cuidado integral ao portador de transtorno mental na atenção básica, uma vez que este, pelo fato de ser um portador de uma patologia psiquiátrica, demanda cuidados no que se refere à saúde clínica, ou seja, este também adoece clinicamente. O que se percebe é que há uma notável resistência em relação à realização desse cuidado na AB, que vai desde o próprio usuário, familiares até os profissionais que a compõem. Buscando efetivar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, percebe-se a necessidade de interlocução entre os serviços de saúde mental e as equipes de saúde da família e as Unidades Básicas de Saúde - UBS, iniciando um processo de transformação que aponta para a singularização do cuidado.

É nessa conjuntura apontada acima que se busca a efetivação do cuidado no âmbito da atenção básica, para tal, torna-se fundamental a interação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com a Política Nacional de Saúde Mental e a interface com a Política de Saúde e a Política Nacional da Atenção Básica e a integralidade na assistência.

Diante de tal proposta de assistência, partimos da hipótese de que a ausência do cuidado na atenção básica vem de uma cultura de continuísmo do modelo psiquiátrico tradicional no trato da saúde mental, em que predominava o encaminhamento para os serviços de referência, como único dispositivo terapêutico. Perante a atual conjuntura, torna-se relevante enfatizar que, as dificuldades deparadas devem ser relacionadas às políticas sociais neoliberais, a redução do papel do Estado e os rebatimentos dessas mudanças na organização e gestão das políticas públicas.

A razão da escolha do objeto de estudo de pesquisa, ou seja, a ausência do cuidado aos Portadores de Transtorno Mental na atenção básica, perpassa por dois aspectos centrais: um prático e o outro teórico. No que se refere ao ponto de vista prático, salientamos a inserção enquanto assistente social, da autora desse estudo, no Centro de Saúde Mental de Timóteo de 2002 até a presente data, bem como a experiência de 1 ano também como assistente social, em um CAPS II na cidade de Coronel Fabriciano/MG. Tal interesse se fortaleceu, quando a citada assistente social assumiu a coordenação de uma extensão universitária em 2005, intitulada atualmente de “Serviço Social e Saúde Mental”, que tem como lócus uma

associação de usuários e familiares de PTM. O desafio de intervir enquanto assistente social nesses diversos espaços sócio-ocupacionais possibilitou inúmeras reflexões e inquietações em relação ao cuidado ao PTM, no que tange a sua relação com os profissionais, família e comunidade. Posteriormente evidenciou-se uma fragilidade em relação a “descentralização da assistência” ao PTM, no que se refere ao direcionamento na atenção básica, seja no âmbito municipal quanto federal, pois ainda é uma proposta que se encontra em processo de construção, mas que tal efetivação se depara com inúmeros obstáculos e com a necessidade de rompimento com o modelo hospitalocêntrico, manicomial. Mediante a conjuntura apresentada acima, emerge a necessidade de buscar compreender como vem sendo efetivado o cuidado ao PTM no município de Timóteo, quais os limites, medos, inquietações e também as possibilidades que circundam o cotidiano dos profissionais na atenção básica.

Do ponto de vista teórico, justifica-se a partir das observações acerca da necessidade de ampliação do debate da saúde mental na atenção básica, pois tal alargamento oferece subsídios para a concretização da proposta de mudança na atenção ao Portador de Transtorno Mental. Depara-se com uma necessidade de fortalecimento do debate teórico, como estratégia para a consolidação do cuidado.

A razão que move e sustenta a concretização deste trabalho é oriunda das inquietações apresentadas acima e também por acreditar na potencial viabilidade da efetivação do cuidado ao PTM na atenção básica, particularmente na Estratégia da Saúde da Família – ESF, pautado na lógica do território, da interação com a comunidade, tornando-se um dos canais possibilitadores do cuidado ao PTM a ser exercido pelos profissionais da atenção básica. Uma vez que esta razão é advinda da práxis profissional da assistente social leva-a a acreditar que tais transformações no âmbito do cuidado em saúde mental é possível e que é preciso acreditar nesse caminho.

Diante da ausência do cuidado ao portador de transtorno mental na atenção básica, percebe-se a necessidade de intervir na realidade desses profissionais, discutindo questões acerca do PTM, família, cuidado, Reforma Psiquiátrica, Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, acompanhamento da medicação, importância da participação nas oficinas terapêuticas, entre outros, para garantir a efetividade das ações e o cuidado.

É importante salientar que a ausência do cuidado ao Portador de Transtorno Mental na atenção básica foi notada nos diversos serviços de saúde mental onde a assistente social atuou, não sendo, portanto, uma característica específica da AB de um determinado serviço, porém o presente estudo privilegiou o município de Timóteo. Contudo, ressaltamos que a ausência desse cuidado pode ser fruto do não conhecimento destes quanto à lógica de funcionamento dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e também de uma indefinição na política de saúde mental municipal.

As análises a serem construídas, a posteriori, procurarão identificar elementos que poderão redirecionar o processo de efetivação do cuidado atualmente proposto pela Política de Saúde Mental, expressos pelos tradicionais dispositivos de assistência ao PTM, entendendo, sobretudo, que o cuidado ao PTM na atenção básica constitui-se como um dos fatores propulsores e da efetivação da Reforma Psiquiátrica, pelo seu redirecionamento ético-político, rumo à ruptura com o modelo hospitalocêntrico, de segregação para o efetivo reconhecimento do PTM como sujeito de direitos.

Dessa forma, a partir do problema apresentado, giram diversos questionamentos que não poderiam ser omitidos, pois estes direcionarão a pesquisadora para a realização do recorte deste estudo, perpassando sobre a forma de organização da assistência ao PTM no Brasil, sobretudo na atual conjuntura histórica onde se depara com o desprivilegiamento nos investimentos das políticas sociais, particularmente a da saúde. Assim, as indagações a que nos referimos perpassam pelas seguintes questões: qual a concepção de saúde que norteia o desenvolvimento do trabalho da equipe da ESF; o que significa Reforma Psiquiátrica para os mesmos, como percebem a atenção ao PTM tomando como referência a perspectiva da integralidade? Quais as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica no âmbito do cuidado na atenção básica? Predomina a assistência ao PTM pelos profissionais da atenção básica ou o encaminhamento para o serviço de referência em saúde mental? Ações descontínuas, em caso de crise, surto, solicitação da família ou acompanhamento contínuo e sistemático? Predomina a internação, o preconceito? Como se organiza a assistência ao PTM na atenção básica? Quais as dificuldades e possibilidades com que os profissionais da ESF se deparam?

Percebe-se, que a análise acerca da efetivação do cuidado na atenção básica, tomando como referência os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, reveste-se de

uma relevância imprescindível, na medida em que possibilitará refletir acerca das atuais propostas de cuidado postas nesse contexto, quais sejam: mudanças jurídico-constitucionais no âmbito da saúde mental no Brasil, contrapondo a um contexto marcado pela ofensiva neoliberal, com a redução de investimento do Estado no âmbito das políticas sociais, bem como uma tendência em privilegiar a internação em contraposição aos serviços abertos e comunitários. Enfatiza-se um risco em criar serviços abertos, mas que cronifique o sujeito em relação à doença mental, tendendo dar preferência ao tratamento, mas não a sua inserção na comunidade e a participação na mesma.

A estrutura desta dissertação se apresenta em três capítulos. No primeiro capítulo de natureza teórica, realizar-se-á uma discussão acerca da trajetória histórica de constituição da Política de Saúde e Saúde Mental no Brasil, a partir de análises no padrão de organização das políticas, do pressuposto jurídico-constitucional, da LOS e da Política Nacional de Saúde Mental, além das lutas e das especificidades das reformas no âmbito da saúde e da saúde mental, com ênfase no movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Faz-se necessário elencar os rebatimentos oriundos da atual conjuntura política e econômica neoliberal, particularmente na política de saúde e saúde mental, bem como as mudanças propostas para as mesmas.

No segundo capítulo, também de natureza teórica, discutir-se-ão as questões conceituais, a trajetória histórica da atenção básica e a especificidade da implantação da Estratégia de Saúde da Família - ESF, como uma proposta de reorganização e fortalecimento da atenção básica. Apresentaremos, de forma breve, o processo de implantação da ESF no Brasil, as propostas de mudança no âmbito da assistência e a Política Nacional de Atenção Básica, as diretrizes, avanços e atribuições da equipe. Nessa perspectiva, serão discutidas as configurações da saúde mental na atenção básica, apontando os fatores propulsores de tal interlocução, uma vez que há uma necessidade de fortalecimento desta proposta.

Procuraremos ainda, nesse capítulo, abordar as particularidades da saúde mental na atenção básica, numa perspectiva crítica, tomando como referência as atuais propostas do Ministério da Saúde como, por exemplo, a portaria GM Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Enfatizaremos a estrutura da ESF, os fatores que estimulam e possibilitam a efetivação do cuidado ao Portador de Transtorno Mental, problematiza o cuidado na atenção básica, ressalta a importância da saúde mental na atenção básica, bem

como o relato de algumas experiências e abordagens no âmbito da saúde mental na ESF.

E por fim, no terceiro capítulo serão abordadas as perspectivas para a atenção à saúde mental na atenção básica a partir da pesquisa realizada, contextualizando o município de Timóteo, locus deste estudo, a particularidade da organização da saúde no município, analisando os parâmetros históricos, políticos e metodológicos que perpassam o processo de efetivação do cuidado na ESF, destacando os limites, possibilidades, os profissionais da atenção básica como protagonistas deste processo. Procurou-se também recuperar elementos teóricos discutidos ao longo do trabalho, para instigar uma análise crítica acerca da realidade da atenção básica e a particularidade do PTM.

Em suma, percebe-se que a temática abordada neste estudo tornar-se-á um instrumento de interesse de profissionais da saúde de uma forma geral, principalmente os da atenção básica e da saúde mental, considerando que o Portador de Transtorno Mental é público alvo de todos os níveis de complexidade de assistência à saúde. Salientamos a relevância dessa discussão proposta, uma vez que propiciará uma melhor compreensão da importância do cuidado ao portador de transtorno mental na atenção básica, sobretudo reconhecendo-o como público alvo de intervenção da ESF e também como usuário do Sistema Único de Saúde. Historicamente, o desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil não tem logrado alteração no que tange à assistência nesse nível de atenção, ou seja, na atenção básica, mas é urgente a necessidade de mudança, de transformação do modelo de assistência. Configuram-se, portanto, algumas mudanças na saúde mental, no que tange ao redirecionamento do modelo assistencial, através dos CAPS, Centros de Convivência e outros. Muito embora o governo federal anuncie a necessidade de mudança, de deslocamento do cuidado para atenção básica, as mudanças efetivadas ainda são ínfimas.

Dessa forma, este estudo é relevante teoricamente, uma vez que oferece elementos teórico-práticos para as discussões no que se refere ao portador de transtorno mental, bem como a política municipal de saúde mental e a organização da atenção básica na realização do cuidado. Essa relevância também poderá fomentar novas discussões acerca da Reforma Psiquiátrica, da interação entre família e usuário, como também da equipe técnica.

No que se refere à relevância institucional, este estudo poderá contribuir para análise do atual entrave deparado pela equipe do serviço de referência em saúde mental e também dos profissionais que se encontram na AB para a efetivação da assistência ao PTM na atenção básica. Esta discussão possibilita a realização de uma reflexão acerca das ações efetivadas na atenção básica e apresenta os limites e possibilidades para a efetivação do cuidado.

Enfim, tal pesquisa é de extrema relevância profissional, visto que estas contribuições poderão fomentar reflexões críticas acerca do trabalho realizado pela atenção básica em Timóteo, e oferece elementos que poderão subsidiar inúmeras análises no que se refere a efetivação do cuidado e à organização da assistência em saúde mental. Salienta-se que a pesquisa foi realizada em Timóteo, mas que tal realidade não se distancia das demais, uma vez que este estudo poderá contribuir para outros serviços também.

No entanto, vale ressaltar que o estudo aqui empreendido não tem como finalidade o esgotamento da temática e pretensão de elaborar respostas prontas e únicas aos questionamentos levantados, tendo em vista que a realidade é dinâmica e perpassa por inúmeras alterações. Buscaremos no decorrer desse estudo, apresentar algumas reflexões acerca da realidade investigada que poderão contribuir com a organização da assistência em saúde mental, a partir da identificação dos limites e possibilidades de efetivação do cuidado.

Contudo, o estudo apresentado é fruto de um sonho que hoje se concretiza, o Mestrado em Serviço Social. Esperamos que, ao final deste trabalho, fruto de dedicação e muito empenho, possamos contribuir para o debate da saúde mental, temática esta com que temos um envolvimento e interesse salutar em acreditar na viabilidade da reestruturação do cuidado ao PTM.



**CAPÍTULO I**

**CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA REFORMA SANITÁRIA E PSIQUIÁTRICA  
NO BRASIL**

## 1.1 – Historicidade: a configuração da Política de Saúde e a particularidade da década de 1980

Este capítulo irá abordar a Política de Saúde no Brasil, enfatizando o marco legal, as conquistas, os desafios, bem com as mudanças pautadas no Sistema Único de Saúde – SUS, a partir dos rebatimentos da política neoliberal. Nesse sentido, a Política de Saúde no Brasil passou por inúmeras transformações a partir da década de 1980, passando a ser reconhecida como política pública de direito e dever do Estado. Assim, apresentamos o debate acerca da Política de Saúde no Brasil, para tanto nos servimos das elaborações de autores como Bahia (2005); Bravo (1996, 2006); Cohn (2005); Escorel (2005); Lima (2005); Ugá (2005).

O movimento de luta pela democratização da saúde enquanto direito que tomou “corpo” no Brasil durante a segunda metade da década de 1970, possibilitou a formulação do projeto de Reforma Sanitária; foi através desse movimento que se avançou na concepção de saúde enquanto direito social associada à noção de cidadania<sup>2</sup> e dever do Estado.

Dessa forma, buscando discutir a Saúde na sociedade brasileira, torna-se relevante destacar os elementos históricos, sociais, políticos e econômicos que marcaram o país e o movimento de Reforma Sanitária, ou seja, apontar o marco da história política da saúde brasileira, abordando a luta para consolidação da saúde pública.

Faz-se necessário recuperar a conjuntura histórica, buscando assim, possibilitar uma compreensão acerca do movimento sanitário. Entre o período de 1945 a 1964, os posicionamentos referentes à saúde pública passaram a ser vinculados aos problemas de desenvolvimento econômico e da pobreza, não existia nenhuma constatação contrária, porém ocorriam inúmeras divergências e conflitos em torno do entendimento sobre suas relações causais e ainda, sobre as estratégias políticas e institucionais de superação da doença e do subdesenvolvimento. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN; 2005). Nesse período, o Brasil combatia as endemias rurais e as doenças transmissíveis, mobilizando recursos humanos e financeiros

---

<sup>2</sup> Para Marshall citado por Vasconcelos (1988) “cidadania é uma forma de igualdade de status derivada do pertencimento a uma ‘comunidade societal’ – a moderna nação - Estado” (p.24). O autor salienta “que a cidadania significa igualdade como membro de uma comunidade, e não igualdade em qualquer outro sentido. Assim, o igual status como cidadão é completamente compatível com a desigualdade em outros aspectos, resultantes das operações de mercado e de outras estruturas do capitalismo” (p.24).

associados aos projetos e ideologias de desenvolvimento. Nessa perspectiva, a saúde pautava-se por campanhas sanitárias com a finalidade de combater as epidemias e ações de saneamento básico.

A partir da década de 1960, ocorre o predomínio do modelo médico – assistencial privatista, marcado pelo privilegiamento da medicina curativa individual e assistencialista, em detrimento da saúde pública. Em 1964<sup>3</sup>, o golpe militar abreviou o confronto político entre as forças civis conservadoras e progressistas, o Marechal Castelo Branco assumiu a presidência da República em nome do movimento militar que depôs o então presidente da República João Goulart. A partir de então, o Sistema Nacional de Saúde passou a ser caracterizado pelo predomínio das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que intervinha na direção da mercantilização da saúde.

A saúde pública tornou-se ineficiente e conservadora, sua atuação restringiu-se a campanhas de baixa eficácia, apesar dos habitantes das regiões metropolitanas estarem submetidos a uma política de concentração de renda, péssimas condições de higiene e ainda, de repressão política. As ações desenvolvidas no âmbito da saúde, nesse período, não conseguiram eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de mortalidade e morbidade infantil, bem como a mortalidade em geral. (BRAVO, 2006).

Durante a ditadura militar, os grandes problemas sociais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão mais ampla. O Estado utilizava-se de repressão e assistência, sendo que a última foi ampliada e burocratizada com o escopo de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade. Dessa forma, as políticas adotadas no período do regime militar explicam a expansão e as características da indústria de seguros privados no Brasil.

Nesse contexto, as antigas reivindicações de unificação da política previdenciária são apropriadas para esta perspectiva, e em 1966 ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's em Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, concentrando-se assim todas as contribuições previdenciárias e o mesmo passa a gerir os benefícios, como as aposentadorias,

---

<sup>3</sup> Para Fernandes (2005) as políticas sociais brasileiras após 1964 foram caracterizadas pela expansão seletiva de alguns programas sociais, privilegiamento do setor privado (nas áreas de saúde, previdência, habitação e educação), a não participação dos trabalhadores e beneficiários no controle dos sistemas existentes; trata-se, pois, de um período no qual se funcionalizaram as políticas sociais subordinando-as a um projeto de modernização conservadora, haja vista a necessidade de o governo militar em se legitimar no poder.

pensões, assistência médica de todos os trabalhadores formais. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Após a unificação dos IAP's, as políticas previdenciárias se ancoraram na privatização dos serviços de saúde e na expansão de empresas de planos de saúde.

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em números de leitos disponíveis, cobertura e em volume de recursos arrecadados. Entretanto, esses foram prestados pelas empresas privadas, e os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviços – US<sup>4</sup>. Essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção, possibilitando a construção e reformas de hospitais privados com dinheiro público, ou seja, com recursos da Previdência Social, associada ao enfoque da medicina curativa.

Entre 1970 e 1974<sup>5</sup>, no final do governo Médici observavam-se os primeiros sinais de desgaste do modelo político e das conseqüências sociais da concentração de riquezas que deixou o país vulnerável em função da subordinação ao mercado mundial; a permanente repressão política não mais conseguia conter as conseqüências impopulares do modelo de desenvolvimento econômico. A insatisfação com o governo militar expressiu-se pela primeira vez, nas eleições de novembro de 1974, quando a classe média urbana e setores da população mais empobrecida retiraram o seu apoio ao regime militar.

A Política Nacional de Saúde enfrentou nesse período, permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, porém as reformas realizadas não foram suficientes para reverter a ênfase da política de saúde caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas e de caráter privado.

---

<sup>4</sup> As origens da Reforma Sanitária e do SUS de Scorel, Nascimento e Edler. In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

<sup>5</sup> Segundo Fernandes (2005) a crise no setor de produção e conseqüentemente no setor econômico a partir do início da década de 1970 provocou a crise do Estado de Bem Estar Social, em escala mundial. No Brasil, a crise do “milagre econômico”, associada à divergência de interesses – dentro da própria burguesia – e a insatisfação das classes populares fez com que o modelo de desenvolvimento vigente tivesse “[...] suas bases de sustentação fragilizadas e exauridas no curso dos anos 80, ocasião em que ocorre o agravamento da situação econômica, desemprego, inflação, dívidas interna e externa, o que determinou o surgimento de novas formas de expressão da questão social no Brasil.” (p. 150).

Sendo assim, houve a paulatina rearticulação dos movimentos sociais até a sua emergência explícita em 1978, tornando mais freqüentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, fazendo surgir um movimento que lutava pela transformação da saúde.

O governo militar resistiu e adotou estratégias de ampliação do espaço de manifestação política, efetivou concessões econômicas restritas e uma política social repressiva e paternalista. A posse do general Ernesto Geisel, em 1974, marcou a abertura de uma importante inflexão política do regime, iniciou-se um projeto de auto-reforma, de ampliação de sua base de legitimação social, mas, em contraposição à nova postura adotada, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB e Comunidades Eclesiais de Base – CEB tiveram um relevante papel de combate às políticas adotadas pelo regime militar.

Com base no exposto, a política de saúde enfatizava a medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva, rejeitavam-se as formulações propostas por sanitaristas identificadas com o projeto nacional desenvolvimentista, do período anterior ao golpe.

Mesmo mediante a repressão militar, o movimento sanitário caracterizou-se por uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Buscando viabilizar estas propostas, criou-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES, que elaborou a revista *Saúde em Debate*, a qual representou um canal de discussões do movimento sanitário e um veículo transmissor das lutas pela democratização do país e racionalização na organização dos serviços de saúde. Destaca-se também nesse contexto, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO criada em 1979, que expressava o pensamento de saúde pública através do diálogo com os gestores da saúde e, em alguns momentos, de porta-voz dos pensamentos da comunidade científica.

Nesse período, surgiu a proposta de reformulação da política de saúde como uma efetiva reforma, instituída pelo movimento de reforma sanitária formado por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal. Esse movimento influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor de saúde, exercendo uma crítica à antiga abordagem estritamente biológica da medicina, e debatendo a prática da medicina numa

perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava apreender as relações entre saúde e sociedade. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

No ano de 1979, no governo do General João Figueiredo, realizou-se o I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, efetivado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, tornando-se evidente a existência de um movimento articulado, ao comprovar como resolução oficial um documento elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES: A 'Questão Democrática na Área da Saúde', marcando assim uma inflexão no movimento de reforma sanitária.

A década de 1980 iniciou-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental e defesa de sua democratização com a participação popular da universalização dos serviços, descentralização, da defesa do caráter público do sistema de saúde. Em 1981, o país foi marcado pela crise da Previdência Social que buscava aumentar a contribuição e diminuir os benefícios das aposentadorias. Essa conjuntura de crise foi marcada pelo surgimento de vários movimentos sociais e de oposição política, que lutavam em torno de questões de liberdade de expressão e de proteção aos direitos civis, políticos e humanos.

Foi nesse contexto de luta pela transformação do modelo de saúde vigente que surgiram as Ações Integradas de Saúde – AIS, sob a forma de programa que se concretizava por meio de convênios, assinados pela maioria dos estados brasileiros entre o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, Ministério da Saúde – MS, Ministério da Educação - MEC e as Secretarias Estaduais de Saúde com a participação dos municípios<sup>6</sup>. Mediante todos os problemas para a implantação da AIS, essas representaram avanços no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e na participação da população em alguns casos.

Em 1984, o regime militar chega ao fim com a eleição indireta, e o parlamentar Tancredo Neves é eleito presidente, mas falece antes de tomar posse, assumindo assim o vice-presidente José Sarney, período denominado de Nova

---

<sup>6</sup> Os governos eleitos em 1982, particularmente nos estados em que a oposição foi vitoriosa, propiciou a rápida celebração dos convênios das AIS, e em maio de 1984, todos os estados brasileiros já haviam aderido. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Para Amarante (2003), as “AIS significaram uma política de saúde que privilegiava a coordenação interinstitucional e a gestão colegiada entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e demais órgãos e instituições públicas do setor de saúde” (p.16).

República. O Regime Militar durou vinte anos e realizou mudanças, tanto no que se refere à previdência, quanto à assistência médica que se prestava neste momento. O governo foi marcado pelo Plano Cruzado I e II<sup>7</sup>, que buscava o equilíbrio e o crescimento do setor econômico. Esse contexto foi caracterizado por um processo de democratização política gradual dos aspectos mais flagrantes do regime ditatorial. A saúde passou a incorporar novos sujeitos sociais em seu debate pela melhoria das condições de vida da população, deixando de ser interesse exclusivo dos técnicos e assumindo uma dimensão política.

Inicia-se um período de abertura política rumo à construção de um governo democrático, sedimentam-se os movimentos sociais urbanos, o reaparecimento de forças sociais e novos atores políticos que lutavam para a “reconstrução” da democracia tais como a classe operária, incidindo num avanço significativo no movimento de Reforma Sanitária.

Nesse contexto, lideranças do movimento sanitário assumiram posições estratégicas nas instituições responsáveis pela política de saúde no Brasil, procurando fortalecer outra concepção de saúde. Convocou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, sendo o presidente Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, lançou os princípios da Reforma Sanitária, contando com a participação de mais de quatro mil pessoas, evidenciando que as modificações no setor de saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira, ultrapassando a análise setorial e referindo-se à sociedade como um todo. A conferência expressou o crescimento, a ascensão do movimento de reforma sanitária como força política hegemônica na luta pela consolidação pelo SUS.

Essa conferência é considerada o marco no movimento de construção de uma saúde pública universal, como ápice do movimento pela democratização da saúde. Foi alterada a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil organizada, imprimindo um novo caráter a este momento; foram lançados os

---

<sup>7</sup> No dia 1º de março de 1986 foi instituído o "Plano Cruzado", essa reforma monetária cortou três zeros, e o "Cruzeiro" foi substituído pelo "Cruzado", seguido de um congelamento de preços, tudo isso sob o comando do Ministro da Fazenda, Dílson Funaro. Essa reforma monetária tinha como objetivo reequilibrar a economia e resgatar o prestígio do governo que já estava um tanto abalado. O "Plano Cruzado I" teve como objetivo o congelamento de preços por um ano, e os salários foram congelados, pelo valor médio dos últimos seis meses, mais um abono de 8%. Também foi criado o "gatilho salarial", toda vez que a inflação atingir ou ultrapassar 20% os salários teriam correção automática com o mesmo índice, mais as diferenças negociadas nos dissídios coletivos das diferentes categorias. (RUIZ, Manoel, 2003).

princípios da Reforma Sanitária e evidenciou-se que as modificações eram mais que reformas administrativas e financeiras, tendo em vista mudanças no âmbito da saúde que viessem fortalecer a assistência no setor público, ampliando o conceito de saúde e a responsabilidade estatal. Na conferência, aprovou-se um sistema de saúde desvinculado da Previdência Social, constituindo um novo arcabouço institucional para a saúde. Dessa forma, o Movimento de Reforma Sanitária teve como característica o caráter contra-hegemônico em relação aos projetos liberais recomendados por vários organismos multilaterais aos países em desenvolvimento desde a década de 1980 até os dias atuais. A Conferência imprimiu também uma mudança no conceito de saúde, que “passou a ser considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde [...]” (BRAVO, 1996, p. 77).

A 8ª CNS inaugura, sem base legal, um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde, que será ampliado, aprimorado e regulamentado nas conferências posteriores. Embora tenha sido realizada antes da existência do SUS, o Relatório Final da 8ª CNS constituiu o pilar fundamental da proposta da Reforma Sanitária e do SUS, debatido e aperfeiçoado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que elaborou o texto que seria incorporado como o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988. (SCOREL; BLOCH, 2005, p.97).

A VIII CNS estabeleceu a matriz da Reforma Sanitária e incluiu os princípios fundamentais da Reforma Sanitária na nova constituição brasileira. Em 1988, a oitava Constituição do Brasil, denominada “Constituição Cidadã”, estabeleceu um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado “garantido mediante políticas sociais, econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL/1988). Representou, no plano jurídico, a afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país, introduzindo avanços que buscaram superar as injustiças sociais acumuladas no decorrer dos séculos.

Buscando efetivar os pressupostos da reforma sanitária, em 1987, foi criado o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde – SUDS, que tinha como princípios básicos: a universalização, a equidade, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária, foi viabilizado pelo ‘pacto de governadores’ instituído no



governo de José Sarney. O SUDS significou a interrupção da AIS, pois buscava garantir a viabilidade de direcionar recursos federais para os municípios, sem que tivesse explícita uma política de municipalização. O SUDS foi implantado concomitantemente com a Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS, sendo que o SUDS representou a reorientação das políticas de saúde.

Realizou-se uma reestruturação política de saúde, a partir de um desenho de modelo de proteção social mais abrangente, justo, equânime e democrático, que reformulou o campo dos direitos sociais com a ampliação do acesso e a constituição da Seguridade Social, na qual a saúde se inscreve como direito de todos e dever do Estado.

A Constituição Federal de 1988 regulamenta a saúde como dever do Estado, um sistema de saúde universal e integral, contrapondo a característica histórica da segmentação da clientela do sistema de proteção social brasileiro; rompe com o atendimento vinculado a contribuições individuais; institui uma organização política administrativa de organização da saúde; define a participação popular e participação complementar dos prestadores de serviços privados<sup>8</sup>.

A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde seria gratuita e universal em qualquer nível de atendimento, bem como a responsabilidade estatal por sua provisão, substituindo, assim, o modelo prévio baseado no seguro social. Além disso, estabeleceu a unificação da política de saúde em qualquer nível de governo, bem como a transferência do comando desta política para o Ministério da Saúde. Essas decisões visaram a eliminar a dualidade prévia entre a atenção privativa e curativa, assim como tirar a atenção curativa do âmbito de autoridade da Previdência Social, particularmente o INAMPS. Finalmente, a Constituição definiu que o sistema seria descentralizado, revertendo, portanto, o padrão centralizado de formação do Estado Brasileiro, que se iniciou na década de 1930. Em conjunto, estas regras constitucionais definiram os princípios do SUS. (ARRETICHE, 2005, p.292).

A Política de Saúde regulamentada na Constituição Federal operou uma ruptura com a política social anterior; isso significou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos assegurados dos não assegurados da Previdência Social e proporcionando a paridade do atendimento à população urbana à população rural.

---

<sup>8</sup> Para Gerschman e Viana (2005) foi a partir de embates de interesses e de força política que o setor privado consegue incorporar no texto constitucional que o SUS será formado pelo setor público e pelo setor privado, sendo que as instituições privadas estarão integradas ao SUS através de contrato de caráter público, desta forma o setor privado é legitimado constitucionalmente.

A “Constituição Cidadã”, como ficou conhecida a Constituição Federal de 1988, amplia os direitos políticos, civis e sociais de forma jamais vista no país, através de uma política social universal. Conforme regulamentação no texto constitucional, as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada nas diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.” (BRASIL/ Constituição Federal de 1988, art.198).

No período SUS, as Conferências Nacionais de Saúde, desde a oitava, realizada em março de 1986, até as mais recentes, a décima primeira, realizada em dezembro de 2000, cresceram em importância, participação e representatividade. Proporcionaram um amplo debate nacional com participação expressiva dos vários segmentos da sociedade brasileira. (AMARANTE, 2003, p.20).

As deliberações constitucionais que definiram o SUS enquanto política pública de direito não tiraram os provedores políticos lucrativos do papel que ocupavam na oferta dos serviços especializados de saúde. (ARRETCHE, 2005). Os serviços privados de saúde continuavam buscando a primazia no atendimento em detrimento do sistema público. Entretanto, no final da década de 1980, surgiram questionamentos e indagações em relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária como, por exemplo, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular frente à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população, demarcando um período importante na história da política de saúde. (BRAVO, 2006).

Nesse contexto, fatores econômicos como renda, emprego e organização da produção interferiram na saúde da população, bem como o ambiente de convivência, de trabalho, a cultura e valores têm rebatimentos sobre a saúde. Em 1990, é aprovada a Lei Orgânica da Saúde - LOS, ou seja, a lei 8.080 e 8.142 definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme já regulamentado na Constituição Federal de 1988. Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde consolidaram as características do sistema público da saúde. No que se refere à estrutura institucional, o governo federal se encarregou das funções de financiamento e coordenação intergovernamental e os municípios se responsabilizaram pela gestão dos serviços locais de saúde, conforme definido na LOS.

Foi a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica que os conselhos e conferências se legitimaram enquanto espaço de construção democrática, órgãos colegiados, que contam com a participação da sociedade civil e do governo, de forma paritária, expressando a “democratização de acesso ao poder”, no processo de construção da política de saúde. “As conferências e os conselhos de saúde materializam e qualificam o princípio e o valor da democracia no projeto da Reforma Sanitária [...]” (ESCOREL; BLOCH; 2005, p.96).

A consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS<sup>9</sup>, enquanto política pública de direito, representou alguns avanços para os trabalhadores, gestores, usuários e comunidade, de uma forma geral, uma nova forma de perceber, organizar, estruturar, compreender e desenvolver a saúde. No entanto, é relevante destacar que o Movimento de Reforma Sanitária e suas conquistas proporcionaram inúmeros rebatimentos para a política de saúde brasileira, transformando o setor de saúde, passando este a ser referência latino-americana pelas reformas instituídas. (COHN, 2005, p.393). A luta travada pela Reforma Sanitária obteve êxitos consideráveis na legislação e a mudança no setor de saúde foi uma das mais importantes no campo das políticas sociais<sup>10</sup>.

A saúde se organiza pautada na defesa genérica da saúde como direito de todos, na constituição de políticas nacionais, com ênfase na promoção, proteção e prevenção e na organização de serviços considerando o aspecto territorial. A saúde é resultado de fatores sociais e econômicos e também da capacidade de ação e resolutividade dos serviços, ou seja, é resultante da interação da sociedade, dos serviços e práticas de saúde, das condições concretas de vida da população.

Entretanto, no final da década de 1980, surgiram questionamentos e indagações em relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária como, por exemplo, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular frente à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira, demarcando um período importante na história da política de saúde. (BRAVO, 2006). No momento em que se consolidava o

---

<sup>9</sup> Para Arretche (2000) “a constituição de um Sistema Único de Saúde ao final dos anos 80 foi a mais importante decisão de reforma na área social daquela década. Não apenas porque foi a única das políticas sociais em que se reuniram condições institucionais para que se tomassem decisões em favor de uma reforma efetiva” e sim pela relevância da reforma, pelas decisões tomadas (p.197).

<sup>10</sup> Segundo Arretche (2000) “o recente processo de democratização vivenciado no Brasil revela um redesenho de seu sistema federativo, cujo vetor aponta para a descentralização e para o fortalecimento da capacidade decisória das instâncias de governo subnacionais” (p.74).

SUS, pautado na universalidade da assistência, o setor privado já estava largamente consolidado, pois este foi efetivado na década de 1970, pelo próprio Estado no âmbito da Previdência Social, que financiou a sua expansão a partir do antigo Fundo de Assistência Social – FAS. A Constituição Federal de 1988 regulamentou a participação do setor privado no âmbito da saúde pública conforme artigo 199 “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e no parágrafo primeiro “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato ou convênio” [...], no entanto, ainda hoje, os prestadores hospitalares são predominantemente privados.

O SUS conseguiu enfrentar com sucesso, a hegemonia do pensamento neoliberal, no que diz respeito à reestruturação de sistema de saúde de cunho privatizante. Ao contrário, no Brasil, as políticas de ampliação da atenção básica que vêm sendo desenvolvidas através do Programa Saúde da Família não se constituíram – como se temia, de início - em políticas de focalização via implementação de “cestas básicas” de serviços de saúde propugnadas por organismos internacionais, destinados à população carente. (UGÁ E MARQUES, 2005, p.200).

A descentralização, instituída na Constituição Federal de 1988 como diretriz, define o papel da União, Estados e Municípios, sendo que este passa a ter mais autonomia e ser eixo no processo de implementação da política pública de saúde. Para Gerschman e Viana (2005), a incorporação da descentralização na Constituição tinha como finalidade possibilitar o acesso local da saúde e diminuir a desigualdade. “Avaliam que, na medida que cresce a pobreza, também cresce a necessidade de atenção e menor utilização dos serviços de saúde, seja pela distância dos serviços, pela dificuldade de locomover [...]” (p.322).

Segundo Ugá e Marques (2005), não houve retração do Estado no campo da produção de serviços de saúde, no entanto, o ajuste macroeconômico afetou o SUS drasticamente através da contenção de recursos para a Política de Saúde, implementada a partir da década de 1990, gerando uma crise de gerenciamento do SUS que foi influenciada por ajustes fiscais adotados pelos governos.

A década de 1990 foi marcada pela construção do SUS, inovações e transformações no sistema de saúde, a luta pela efetivação das diretrizes regulamentadas na Constituição Federal de 1988, o fortalecimento da atenção básica através da expansão da Estratégia de Saúde da Família – ESF, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, a aprovação da Lei de

Medicamentos Genéricos, Lei nº 9.789/99, a expansão do setor público<sup>11</sup>, encolhimento da rede hospitalar<sup>12</sup>, priorizando a assistência ambulatorial. O sistema de saúde passou a ter seu foco na assistência ambulatorial, com ênfase no município, que buscou ampliar a rede de atendimento.

A implementação do SUS enquanto política pública deparou com inúmeros desafios, visto que ocorreu o deslocamento da arena principal de formulação da política de saúde, ou seja, do Parlamento para o Poder Executivo. Nesse momento, percebeu-se também que a Constituição Federal e a LOS não eram suficientes para orientar o processo de descentralização; assim o Ministério da Saúde aprovou Normas Operacionais Básicas<sup>13</sup> – NOBs, com a finalidade de se tornarem instrumentos norteadores do processo de efetivação do SUS. Na contramão do processo de descentralização encontra-se o presidente Fernando Collor que não tinha simpatia pelo processo e apresentava como proposta a ampliação do controle político do governo federal sobre os municípios e estados. No entanto, no que tange à saúde enquanto direito universal também sofreu rebatimentos do capitalismo neoliberal, conforme enfatiza Bahia (2005):

O direito universal à saúde, princípio basilar de um SUS abrangente e inclusivo, que seria assegurado pela ampliação e diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social, foi pejorativamente designado como utopia. O desfinanciamento do SUS, conseqüente ao compromisso dos sucessivos governos de obter elevados superávits primários e da desconstitucionalização do orçamento da Seguridade Social, comprometeu de fato a premissa de universalidade do acesso à saúde (p.409).

Na tentativa de enfrentamento das medidas adotadas pelo presidente Fernando Collor, o movimento de reforma sanitária realizava pressões e cobranças ao governo, ancoradas na Constituição Federal e na LOS, acusou o governo de realizar a ‘descentralização tutelada’, denunciou ilegalidades. (ARRETICHE, 2005). Já o governo Itamar Franco, sucessor do governo Collor, teve como estratégia estabelecer regras que aprofundassem a descentralização.

Em 1995, o governo Fernando Henrique Cardoso instituiu uma emenda constitucional, criando assim uma nova receita para a política de saúde, qual seja, a

---

<sup>11</sup> Segundo Machado (2005) ao final da década de 1970 o Brasil contava apenas com 13.133 estabelecimentos de saúde, a grande expansão ocorreu na década de 1980, passando para 18.489 e em 2002 para 67.612.

<sup>12</sup> Na década de 1980 o sistema público dependia das instalações hospitalares privadas para a provisão de serviços complexos; 98% dos estabelecimentos da atenção básica eram públicos. (ARRETICHE, 2005).

<sup>13</sup> Não iremos aprofundar e detalhar as discussões das NOBs. A este respeito ver Arretche (2005).

Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras – CPMF<sup>14</sup>. Segundo Arretche (2005), a aprovação da emenda foi resultado de um esforço pessoal do ministro Adib Jatene, o qual renunciou em função de ter concluído que seus esforços para conseguir mais recursos para a saúde foram inúteis e, além disso, não tinha o apoio do governo.

Cabe ressaltar que a descentralização, na realidade, não se manifestou como uma legítima transferência de poder aos Estados e municípios, uma vez que, em decorrência da política neoliberal, houve a redução dos investimentos nas políticas sociais, limitando-se ao repasse de encargos e responsabilidades.

O final do século XX foi marcado pelo redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal, apesar dos avanços regulamentados na Constituição de 1988. Na verdade, o que se percebeu foi a contradição dos preceitos afirmados por esta Constituição, de avanços significativos no campo político como a reafirmação dos direitos sociais, dos princípios da universalização e participação, entre outros, ou seja, o desmoronamento de parte das conquistas diante da obediência ao ideário neoliberal.

O SUS manteve-se como difusor dos pressupostos – universalização, descentralização e participação social -, assumindo uma posição contra-hegemônica na defesa do papel do Estado e da garantia de direitos. Isso, entretanto, não impediu que mecanismos de ajuste fossem incorporados e que se flexibilizasse o projeto de reforma original. (HEIMANN E MENDONÇA, 2005, p.482).

Para entender o modelo político-econômico dos anos 1990, sobretudo os rebatimentos nas políticas sociais, é preciso compreender suas bases históricas, ou seja, a crise dos anos 1970 e as mudanças ocorridas no padrão de acumulação. Dessa forma, Antunes (1999) salienta os principais sinais da crise como a queda da taxa de lucro, intensificação das lutas sociais nos anos 60, esgotamento do padrão de acumulação taylorista-fordista de produção, desemprego estrutural, substituição do capital produtivo pelo capital financeiro, desregulamentação e flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho, entre outros.

Tratou-se, na verdade, de uma crise estrutural do capital e seus mecanismos de regulação. Contudo, na tentativa de respondê-la e superá-la, buscou-se o respaldo nas teorias neoliberais, cujo modelo baseou-se em iniciativas de

---

<sup>14</sup> Para Boschetti e Salvador (2006) “a partir de 1999, a CPMF deixou de ser uma fonte exclusiva da Saúde, passando também a compor o financiamento das despesas previdenciárias e, após 2001, o Fundo de Combate à Pobreza” (p.63).

desregulamentação dos direitos do trabalho com a desmontagem do setor produtivo estatal, reestruturação da produção e do trabalho e ainda, a reforma do Estado de Bem-Estar.

A proposta da Reforma tornou-se polêmica, apresentando dificuldades de implementação, implicando assim em paralisação das discussões. Segundo Diniz (1996) o objetivo de reformar o Estado é parte intrínseca de um processo mais amplo de fortalecimento das condições de governabilidade democrática.

Para Nogueira (2004), os anos 90 transcorreram na maioria dos países latino-americanos sob o signo da reforma e da inovação, ou seja, generalizou-se uma concepção reformadora fortemente concentrada na diminuição do Estado e na valorização do mercado. A reforma buscava desconstruir o Estado com a finalidade de encontrar outra maneira de posicioná-lo vis-à-vis ao mercado e a sociedade, que se modificavam rapidamente por efeito da globalização.

[...] O Estado foi, assim, convertido em fardo e custo. As populações da região terminaram por ser incentivadas a não mais esperar mais nada do Estado, a buscar viabilizar-se por si mesmas, no mercado ou na dinâmica comunitária, num contexto de luta pela vida, esforço pessoal e voluntarismo. Foram convidadas a imaginar um mundo com pouca regulação e pouca proteção, no qual as oportunidades apareceriam "naturalmente" e que seria estruturado pelos interesses particulares, pela concorrência, pela incerteza, pela mobilidade social, num quadro meio darwinista, em que os melhores, ou os mais determinados e empreendedores, teriam tudo para progredir. O Estado se manteria à margem, cumprindo funções limitadas e protegendo, quando muito, os segmentos sociais mais excluídos, os indigentes, os focos de pobreza absoluta. (NOGUEIRA, 2004, p.46).

O autor afirma que a idéia de reforma alastrou-se de forma triunfante e o novo século iniciou-se no Brasil definindo-o como um país mais moderno e diferenciado, porém sem muito êxito, ou seja, à procura de uma identidade, de um projeto nacional. Enfatiza "que os anos 90 não foram pura negatividade e retrocesso, nem sequer uma 'década perdida', o Brasil defrontou-se com suas insuficiências e com o peso de seu passado".

O modelo neoliberal é pautado na mercantilização, no privilegiamento do indivíduo e na redução do papel do Estado; nesse contexto, os direitos sociais perdem identidade e a cidadania se restringe. O neoliberalismo vem utilizando velhas formas de dominação escamoteadas em novas roupagens; as relações políticas são permeadas pela tutela, clientelismo e pelo favor. A proposta neoliberal

propaga a idéia de que o setor público é ineficiente, e que o setor privado é o único capaz de levar ao crescimento econômico.

Para Behring (2003), o governo Fernando Henrique Cardoso consolida a proposta de reforma do Estado brasileiro, sob o comando do então Ministro Bresser Pereira, responsável pela direção da equipe que formulou o Plano Diretor da Reforma do Estado. Para ele, o Estado apresentava características intervencionistas e a sua defesa era de que lhe cabia apenas um papel suplementar e fundamental para recuperar a governabilidade<sup>15</sup> e a governance<sup>16</sup>, salientando que o mesmo deveria ser social-liberal, mantendo a preocupação e comprometimento com a defesa dos direitos sociais, ao mesmo tempo em que fortalecia a primazia do mercado, contratando seus serviços, inclusive para a área social.

Associando a “reconstrução” do Estado ao processo democrático, numa visão instrumental e reducionista, de acordo com Behring (2003), Bresser identificou a crise fiscal dos anos 1980 a partir de cinco características: déficit público; poupanças públicas negativas ou muito baixas; dívida interna e externa excessiva; falta de crédito do Estado e pouca credibilidade do governo. Para ele, dever-se-ia enfrentar a crise fiscal com um “Estado pequeno e forte”, para ter flexibilidade suficiente para se expandir ou retrair de acordo com os ciclos econômicos, ou seja, um Estado intermediário, condicionado à situação econômica do país.

Entretanto, Nogueira (2004) enfatiza que o reformismo desencadeado na década de 1990, caracterizou-se muito mais por empreender um movimento de ajuste do que de reconstrução do país, ou seja, uma diminuição cada vez maior da responsabilidade do Estado com a transferência para o mercado de atividades de gerenciamento do desenvolvimento e descentralização dos serviços.

Ao mesmo tempo em que propunha a participação da população no controle administrativo do Estado, “prevê a superação do patrimonialismo e da burocracia.” O controle então seria através dos resultados e não pelos processos, caso contrário, atrapalharia a eficiência do Estado. Para Bresser, um elemento-chave para o crescimento era a questão da reforma administrativa. Ele faz críticas às “instituições que foram criadas para proteger o patrimônio público: a democracia e a

---

<sup>15</sup> Segundo Diniz (1996) “governabilidade refere-se às condições sistêmicas mais gerais sob as quais se dá o exercício do poder numa dada sociedade, tais como, as características do regime político, a forma de governo, as relações entre os poderes, o sistema de intermediação de interesses” (p.22).

<sup>16</sup> Para Diniz (1996) “governance diz respeito à capacidade governativa em sentido amplo, envolvendo a capacidade de ação estatal na implementação das políticas e na consecução das metas coletivas” (p.22).



burocracia.” Afirma que a democracia deve ser mais participativa e a burocracia deve ser substituída pela administração gerencial. Tal administração gerencial pressupõe uma “preocupação com a responsabilização, em virtude de uma maior autonomia para os gestores.”

Behring (2003) cita Diniz, esta afirma que através do governo de Fernando Henrique Cardoso se “desenvolveu um estilo autoritário-tecnocrático de produção de políticas, ainda que num contexto democrático.” Para ela, o centro da reforma era o estabelecimento do ajuste fiscal e quando se falava na preocupação com a proteção social, com a consolidação da democracia e da cidadania no Brasil, era apenas uma estratégia para tornar a reforma mais “digerível”.

O processo foi perverso, pois não houve combate à crise fiscal nem o equilíbrio das contas públicas nacionais, o que ocorreu foi um “desmonte de parcela do parque industrial nacional e uma enorme remessa de dinheiro para o exterior, ao desemprego e ao desequilíbrio da balança comercial.” (BEHRING, 2003).

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, entre outros fatores como o desemprego estrutural, precarização das condições de trabalho e o sucateamento da saúde pública em função do privilegiamento do sistema de saúde privado.

Sofrendo o rebatimento dessa política neoliberal, o modelo de saúde proposto pelo movimento de Reforma Sanitária construído na década de 1980 tem sido desconstruído, pois a saúde encontra-se vinculada ao mercado, enfatizando a parceria com a sociedade para assumir os custos da crise. Na atual conjuntura, o SUS revela um padrão de organização de serviços com características excludentes e injustos, uma vez que o Estado é o principal financiador do setor privado (BRAVO 2006). Destacam-se alguns aspectos que proporcionaram o afastamento da efetivação do SUS enquanto política de “direito de todos e dever do Estado”, como, por exemplo, o desrespeito ao princípio da equidade, afastamento do princípio da integralidade, indissolubilidade entre prevenção e atenção-curativa.

Para Bravo (2006), a proposta de Reforma do Estado no setor da saúde propunha separar o SUS em dois blocos, ou seja, o hospitalar e o básico. Dessa forma, deparamos com dois projetos distintos e antagônicos, ou seja, o Projeto da Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Federal de 1988 e o Projeto de Saúde Articulado ao Mercado ou Privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90.

O Projeto Articulado ao Mercado está pautado pela política de ajuste que tem como principais características a contenção de gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção da responsabilidade do Estado, pois, para este, cabe garantir os mínimos sociais a quem não pode pagar. O modelo privatista privilegia a ampliação da privatização, descentralização dos serviços ao nível local, contrapondo o que foi regulamentado na Constituição de 1988 e nas leis 8.080/90 e 8.142/90, bem como a universalização do acesso.

No início de século XXI, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, revigoraram-se as expectativas em relação ao crescimento no setor saúde, com mais investimentos e avanços na política. No plano de governo, a saúde foi considerada como uma política prioritária, sendo que os princípios da reforma sanitária voltam a ser considerados na agenda do Ministério da Saúde.

Porém, no decorrer do governo, de acordo com Bravo (2006), Lula mantém a política macroeconômica do antigo governo e as políticas fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Havia uma expectativa de que o governo Lula fortalecesse o projeto de reforma sanitária, mas pelas ações desenvolvidas, tem mantido a polarização entre os dois projetos, ou seja, o de reforma sanitária e o médico privatista. Apesar do exposto acima, enfatiza que o governo tem procurado inovar no que tange ao retorno da concepção de reforma sanitária, pois tem escolhido profissionais comprometidos com a luta pela reforma sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério, criando secretarias e convocando a 12ª Conferência Nacional de Saúde.

Dessa forma, o processo de construção do SUS foi permeado por conflitos e tensões, com redução no papel do Estado, rebatendo assim na redução de investimentos na área da saúde. Entretanto, mesmo sofrendo todos os rebatimentos do capitalismo neoliberal, a saúde pública teve inúmeros avanços, principalmente no campo jurídico, a partir das leis 8.080 e 8.142, no desencadeamento da municipalização das ações e o privilegiamento das ações na atenção básica, a implantação do Programa de Saúde da Família<sup>17</sup> – PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS, ou seja, no fortalecimento das ações da atenção básica.

---

<sup>17</sup> Não iremos tratar desta discussão neste momento, pois a mesma será realizada posteriormente, no Capítulo 2. No entanto, abordaremos no decorrer deste trabalho como Estratégia da Saúde Família – ESF.

Atualmente, o Ministério da Saúde tem como um de seus principais desafios a expansão da atenção básica, buscando organizar os serviços a partir da necessidade da população, sendo esta, o primeiro nível da atenção, ou seja, a porta de entrada para o SUS.

A saúde pública brasileira perpassa por inúmeras mudanças, com inserção de novas legislações como o Pacto pela Saúde e também a ênfase nas ações de promoção e prevenção desenvolvidas pelo ESF, a inclusão de ações de atenção à saúde mental, portanto, mesmo com os rebatimentos da política neoliberal, o SUS tem um importante papel em relação à garantia da saúde para grande parte da população brasileira. A opção política do SUS de reorientação de atenção à saúde, a partir da mudança na organização da atenção básica, permanece como prioridade atualmente, intensificando a inserção de diversas ações, particularmente a da saúde mental.

Enfatizamos que a discussão da atenção básica será tratada no próximo capítulo, pois para analisar os limites e possibilidades de efetivação do cuidado ao Portador de Transtorno Mental – PTM na atenção básica, com ênfase na ESF, torna-se necessário compreender esta discussão, bem como os elementos históricos que permearam a construção da saúde enquanto direito na sociedade brasileira, ou seja, o movimento de Reforma Sanitária, o papel do Estado e outros.

Sendo assim, para compreender todas as mudanças realizadas no âmbito da saúde mental, torna-se evidente a necessidade de recuperar a trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica brasileira. Destaca-se que o movimento de Reforma Psiquiátrica se consolidou no mesmo período de efervescência do Movimento de Reforma Sanitária; dessa forma, a discussão da trajetória histórica irá permitir travar um debate acerca desses movimentos e fornecerá subsídios para a realização da análise do cuidado ao PTM na atenção básica. No próximo item, trataremos da emergência da psiquiatria no Brasil e o movimento de Reforma Psiquiátrica.

## **1.2 – A emergência da Psiquiatria no Brasil: alguns elementos históricos**

Nesse momento, buscaremos desvelar algumas reflexões acerca do surgimento da Psiquiatria para o entendimento da especificidade da Política de Saúde Mental na sociedade brasileira e, de uma forma particular, de como vem

sendo organizada a saúde mental no decorrer da história. Procuraremos, compreender as principais transformações ocorridas na Política de Saúde Mental, analisando o contexto histórico e político no qual se efetivou a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A forma como a Política de Saúde Mental se organiza na contemporaneidade é resultado de um processo histórico, ou seja, guarda intrínseca relação com as demandas postas pelos profissionais da saúde mental, sociedade civil, e com as formas de enfrentamento das mesmas. Assim, a trajetória e constituição da Política de Saúde Mental no Brasil é resultado, também, das mudanças que historicamente ocorreram na relação entre Estado, trabalhadores da saúde mental, PTM e familiares, fazendo-se necessário, portanto, a compreensão desse processo.

Para refletir acerca da loucura apresentamos aqui uma pequena passagem histórica como uma tentativa de levar a uma reflexão crítica, pois não se tem como finalidade recuperar toda a história da loucura. Para Resende (1987), durante todo o período da Antiguidade e da Idade Média o “louco gozou de um certo grau de extraterritorialidade e a loucura era no essencial experimentada em estado livre ...., circulava... fazia parte do cenário e de linguagens comuns...” (p.20). A doença mental era vista como algo privado, determinada pelos costumes. Na Grécia e Roma antigas, os tratamentos médicos permaneceram como fenômenos localizados e restritos. As famílias que tinham posse mantinham seus loucos em casa, sob a guarda de um assistente psiquiátrico contratado e os loucos pobres vagavam pelas ruas, campos e a sua sobrevivência era garantida pela caridade. Já na América Colonial, os governos municipais costumavam remunerar as famílias de lavradores que recebiam o louco que não era incapacitado para o trabalho, um sistema chamado de heterofamiliar que, posteriormente, denominou-se como “armentário terapêutico psiquiátrico científico.” (RESENDE, 1987, p.21).

Em função das inúmeras transformações, na passagem do século XVIII para o século XIX o campo da loucura inicia uma mudança, ou seja, a representação da loucura é apropriada pela corporação médica, pelo modelo biomédico.

Resende (1987) afirma que a trajetória do doente mental no Brasil pouco difere dos tempos bíblicos já conhecidos. Por um longo tempo, aos loucos pobres, desde que não agressivos, era permitido vagar pelas cidades, campos, sofrendo assim deboches das crianças e vivendo de caridade pública. Caso apresentassem comportamentos agressivos ou imorais, eram recolhidos, por um período curto, nas

cadeias, onde poderiam ou não receber maus tratos. O autor salienta que a doença mental no Brasil foi silenciosa por muito tempo, “suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro.” (p.31).

No Brasil, a vinda da Família Real em 1808 marcou o início de um período de grandes transformações sociais, econômicas e culturais, então uma colônia portuguesa que, em pouco mais de dez anos, passou a ser a sede da Monarquia, posteriormente, Reino Unido em 1815 e, em 1822, a Independência.

Nesse contexto de crescimento demográfico, a medicina buscou soluções para os problemas que atingiam a população, ocupando assim um papel relevante na sociedade. Na tentativa de participar da organização das cidades, a medicina voltou-se para o controle da água, ar, assim como a análise dos lugares de “amontoamento” que poderiam ocasionar doenças, foi no interior desta conjuntura, a partir da medicina social, que surgiu a preocupação com a loucura.

Segundo Amarante (2003), em 1829, foi criada, no Rio de Janeiro, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro – SMRJ, inspirada a partir das concepções políticas e teóricas do movimento higienista europeu do final do século XVIII. A primeira iniciativa foi a criação de uma Comissão de Salubridade que tinha como finalidade a criação de um Código de Posturas. Esta comissão investigou o cotidiano das cidades, realizando um diagnóstico sanitário de todas as instituições existentes na Corte, emergindo, assim, a preocupação com o louco, constatou-se que as condições dos mesmos eram precárias, seja na rua, hospitais, prisões e outros. A comissão elaborou um relatório descrevendo a situação do louco e solicitou-se a criação de um asilo para os alienados.

Posteriormente, publicou-se um artigo no “Diário da Saúde” pedindo a criação de um asilo, em seguida, foi apresentada a primeira tese médica sobre a alienação mental, defendida na Faculdade de Medicina pelo Dr. Antônio Luiz da Silva Peixoto, que salientava a necessidade de um hospital para loucos na capital do Império. Nesse mesmo momento, divulgou-se um artigo na “Revista Médica Fluminense”, que ressaltava a importância da criação de “manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados<sup>18</sup>.”

---

<sup>18</sup> O artigo foi de autoria do Dr. Luiz Vicente De - Simoni. Este questionava o uso do “tronco” para os alienados na Santa Casa. “Infelizmente, afirmava, o clamor dos médicos de nada adiantava para livrá-los do uso do instrumento tão detestável; havia de se usar uma medida mais humana e racional”. Estavam se referindo ao uso do tronco para os loucos. (AMARANTE, 2003, p.27).

Surgiu uma campanha médica para a criação de um local especial para o tratamento dos alienados, ancorada na teoria do pensamento alienista francês, na qual o isolamento e o tratamento moral eram características principais, esta teoria foi sistematizada por Philippe Pinel no final do século XVIII. Nessa conjuntura, a cidade do Rio de Janeiro necessitava de uma efetiva organização do espaço público, conforme demanda da Coroa Portuguesa.

Em 1839, a partir da contribuição do Provedor da Santa Casa de Misericórdia e Ministro de Estado de Império, o Sr. José Clemente Pereira encaminhou um projeto solicitando a viabilização de recursos para a construção do primeiro hospital para os alienados da Corte, neste momento a campanha para a criação do asilo teve a atenção do Estado e da filantropia. Porém, em 1841, o Sr. Clemente encaminhou um ofício, pedindo que fosse atendida a reivindicação dos cientistas para a construção de um hospital para alienados. Nesse mesmo ano, quando Dom Pedro II se consagrava Imperador, foi oficialmente criado o “Hospício de Pedro II na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro.”

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentam-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém - criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade de dar-lhes um tratamento mais adequado [...]. (RESENDE, 1987, p.38).

Em 08 de dezembro de 1852, onze anos após a divulgação oficial, o Hospício foi inaugurado, tinha capacidade para 350 pacientes, destinava-se a receber pessoas de todo o império, localizava-se na Praia Vermelha, um local afastado<sup>19</sup> do centro da cidade do Rio de Janeiro. Começou a funcionar com 144 alienados oriundos da Santa Casa, ficaram, por todo o período da construção, em instalações provisórias como porões. O hospício teve sua construção inspirada nos asilos europeus, passando a ser uma obra admirada na época, em função da sua beleza arquitetônica, mas, foi alvo de inúmeras críticas, principalmente no que tange ao aspecto ornamental, já que o mesmo não parecia uma “instituição médica”.

---

<sup>19</sup> A construção dos asilos se efetivava em locais distantes, afastados e justificava-se tal conduta em função da necessidade de proporcionar aos loucos calma, tranqüilidade e espaço. Durante cem anos, foi comum isolar os “hospícios” em locais afastados. (AMARANTE, 2003).

No entendimento dos médicos, ocorria que, embora a criação do hospício tivesse uma reivindicação originalmente médica, o médico, agente autorizado da ciência alienista, não tinha um poder efetivo sobre a instituição. Ao contrário, estava subordinado às decisões administrativas da Santa Casa e internamente tolhido pela presença das irmãs de caridade que faziam o serviço das enfermarias. (AMARANTE, 2003, p.29).

No último período do Império, foi realizada nova crítica ao modelo de hospital de alienados de natureza filantrópica, salientou-se que “o hospício parecia mais um palácio para loucos, pois carecia de uma orientação técnica que fizesse dele uma verdadeira instituição médica de tratamento de alienados”, dentre outras como a não existência de critérios, diagnósticos, a superlotação, a existência de crianças misturadas com adultos e outras. O hospício encontrava-se em estado de caos e desorganização total. Tal situação, segundo Amarante (2003), era em função da má administração da Santa Casa e da pressão exercida pelo poder imperial. Havia uma necessidade de intervenção médica, regular e efetiva, pois o papel do médico se restringia a prescrição de terapêuticos; era preciso que os médicos tivessem um papel maior, tendo o controle absoluto do hospício.

Durante todo o período até 1889, as críticas em relação ao Hospício Pedro II aumentaram significativamente, visto que sua imagem era de desorganização, caos e ineficácia terapêutica, além da superlotação, falta de médicos, arquitetura imprópria, abuso do poder das irmãs de caridade e dos enfermeiros. (AMARANTE, 2003). Os médicos não pouparam críticas aos hospícios, reivindicando a coordenação dos hospitais, que se encontrava nas mãos das irmãs de caridade, ou seja, da Igreja Católica. Vale salientar, que os quarenta anos do hospital psiquiátrico foram marcados pela segregação, exclusão, remoção, bem como a constituição da clientela, que era composta por homens livres, porém pobres. Esse período também foi marcado por inúmeras denúncias de maus tratos, superlotação, imundície, falta de assistência médica. No Hospício Pedro II, os pacientes eram tratados com camisas de força, jejuns impostos, cacetadas, maus tratos e até assassinato. Em Olinda, “a mortalidade ultrapassou os 50% da população internada.” (RESENDE, 1987, p.39).

A criação do Hospício de Pedro II, apesar de ter representado uma conquista fundamental na captura e apropriação da responsabilidade da loucura para os médicos, não assegurava ainda a consolidação da hegemonia alienista. Este objetivo só seria alcançado com a chegada do regime republicano em 1889, quando os médicos obtiveram autonomia e poder efetivos para realizar diagnósticos, internações, tratamentos e altas.

A partir daí surgiram as condições que viabilizariam a ampliação e a consolidação das demandas da psiquiatria brasileira. (AMARANTE, 2003, p.31).

Em 1890, com a chegada dos Republicanos ao poder, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passou a ser subordinado à administração pública e foi denominado Hospital Nacional de Alienados. Posteriormente, foi criada a Assistência Médico-legal dos alienados, a qual foi a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República e também duas colônias de alienados, as primeiras da América Latina. Para Amarante (2003), essas iniciativas se caracterizaram como a primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil, tendo como finalidade a implantação do “modelo de colônias na assistência aos doentes mentais<sup>20</sup>.”

O primeiro diretor do Hospício Nacional dos Alienados e da Assistência Médico-legal aos Alienados foi o João Carlos Teixeira Brandão que ampliou os asilos de alienação, com a criação da primeira cadeira de psiquiatria, inaugurou a primeira escola de enfermagem e sistematizou a formação dos profissionais para a especialidade, bem como instigou a criação de muitas Colônias de Alienados em todo o Brasil. Tal projeto teve continuidade com Juliano Moreira e Adauto Botelho, porém Lopes Rodrigues citado por Resende (1987) critica as idéias de Brandão, já que estavam vinculadas à decadente psiquiatria francesa.

Juliano Moreira deu continuidade às idéias de Brandão, assumiu, em 1903, a direção da Assistência aos Alienados e do Hospício Nacional, ao mesmo tempo, Oswaldo Cruz assumia a direção dos serviços de saúde pública, eles foram considerados dois gigantes da ciência, um na Medicina Mental e o outro na Medicina Sanitária. Juliano Moreira realizou uma importante transição, diminuindo a influência da escola francesa e crescendo a da escola alemã, imprimindo assim um importante significado no que se refere à discussão etiológica das doenças mentais, pois esta, no momento liderava o campo do alienismo na frente da escola francesa. Também estimulou a criação de novas colônias, a qual foi adotada pela maioria dos estados brasileiros como complemento a hospitais já existentes e a rede de oferta de serviços. Deu continuidade à luta iniciada por Brandão para a promulgação de uma lei nacional de assistência aos alienados. Porém, somente em 22 de dezembro de

---

<sup>20</sup> Este modelo de colônias foi inspirado em experiências européias que, por sua vez, foram baseadas na história de uma pequena aldeia belga, a aldeia de Geel. (AMARANTE, 2003).



1903 é que foi aprovada a Lei nº 1.132 que reorganiza a assistência aos alienados no Brasil; para Amarante (2003), a primeira política de assistência psiquiátrica brasileira.

A população dos internados não parava de crescer, condenados a um caminho sem retorno, alargava a construção de hospitais, a realização da ampliação dos existentes não eram suficientes, aumentava cada vez mais a demanda por recursos para a construção de mais instituições e o aumento de leitos.

Em 1930, Juliano Moreira foi destituído pelo governo provisório de Vargas após 27 anos na direção da Assistência aos Alienados e passou a ser reconhecido como o mestre da psiquiatria brasileira. Porém, a década de 1930 foi marcada por novas possibilidades terapêuticas, como a descoberta dos choques insulínico e cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias, que sinalizaram, de acordo com Amarante (2003), perspectivas de curas das doenças mentais, permanecendo assim o modelo asilar como espaço de tratamento.

A década de 1940 também foi marcada pelo predomínio do crescimento e ampliação dos hospitais psiquiátricos e das colônias, um exemplo foi a transferência do Hospício Nacional dos Alienados da Praia Vermelha para o Engenho de Dentro, onde já existia a Colônia dos Alienados e passou a se denominar o Centro Psiquiátrico Brasileiro. No entanto, sofreu inúmeras reformas e ampliação, passando ter mais de 1.500 vagas e, além das enfermarias para homens, foi construído também um centro cirúrgico para as promissoras lobotomia<sup>21</sup>.

O período após a Segunda Guerra Mundial foi marcado pela descoberta dos primeiros neurolépticos<sup>22</sup>, mas apesar destas inovações, a situação do Brasil permanecia a mesma. De acordo com Amarante (2003), na década de 1950 o modelo permanecia sendo hospitalar, com fortes características asilares, como por exemplo: Hospital Colônia de Juquery: 15 mil internos, Colônia de Alienados de

---

<sup>21</sup> “Mais apropriadamente chamada **leucotomia** (já que lobotomia refere-se a cortar as ligações de qualquer lobo cerebral) é uma intervenção cirúrgica no cérebro, onde são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas.” Foi utilizada para casos graves de esquizofrenia. A lobotomia foi a técnica pioneira e com maior sucesso da psicocirurgia. Este procedimento proporciona nos doentes alívio de “tensão emocional severa, com melhoria nos sintomas externos da doença psiquiátrica, entretanto, existem controvérsias sobre esses resultados. Foi desenvolvida em 1935 pelo médico neurologista português António Egas Moniz, em equipe com o cirurgião Almeida Lima, na Universidade de Lisboa. Atualmente já não é praticada devido aos efeitos secundários severos. (WIKIPÉDIA, 2008c).

<sup>22</sup> “Medicamento que atua no Sistema Nervoso Central utilizado para inibir a atividade delirante e alucinatória. São drogas indutoras do bloqueio de receptores próprios do neurotransmissor dopamina.” (AMARANTE, 2003, p. 37).

Jacarepaguá: 8 mil internos, Colônia de Alienados de Barbacena e Hospital São Pedro em Porto Alegre: 3 mil internos.

A década de 1960 foi marcada pela privatização da psiquiatria, ou seja, o nascimento da indústria da loucura, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs em Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o Estado passou a realizar a compra de serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de investir na precária situação da rede pública. Dessa forma, a doença mental se tornou objeto de lucro, aumentando assim o número de hospitais psiquiátricos e crescendo a indústria da loucura. Esse crescimento foi tanto, que na década de 1970 a Previdência Social destinou 70% do total dos recursos da assistência psiquiátrica somente para o pagamento das internações na rede privada e conveniada. Nesse contexto, a política de saúde no Brasil foi predominantemente privada, ou seja, há o privilegiamento do modelo médico assistencial privatista, a partir das compras dos serviços da rede privada.

O modelo de privatização do setor de saúde, e não apenas no âmbito da saúde mental, assumiu tamanha dimensão que contribuiu significativamente no desencadeamento da crise institucional e financeira da Previdência Social, que teve lugar no início dos anos 80: em parte pela grande quantidade de serviços comprados, em parte pelas fraudes e irregularidades que a imprensa regularmente denunciava. (AMARANTE, 2003, p.38).

A gênese da psiquiatria é marcada por procedimentos burocráticos, frios, contenção de agitação psicomotora, sendo perceptível não só em asilos, mas também em hospitais públicos, onde se nega todo o desejo, a esperança de um tratamento digno, de respeito. No entanto, os últimos anos do regime militar foram marcados pelo fim do “milagre econômico”, abertura democrática, crescimento da insatisfação popular decorrente da falta de liberdade, aumento da participação política dos cidadãos. Nesse momento, inauguraram-se as bases para a reorganização dos partidos políticos, dos sindicatos, associações e demais movimentos sociais de oposição e de luta pela melhoria das condições de vida. Surgem as primeiras manifestações na área da saúde, através de organizações como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, as Comunidades Eclesiais de Base – CEB, espaços de organização e produção de pensamento crítico em saúde, possibilitando a estruturação das bases políticas da reforma psiquiátrica no Brasil.

Contudo, houve o crescimento acelerado do número das internações, ocasionando uma crise no setor, sendo necessária uma intervenção do Estado, que adotou medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado e que visavam a reorganização do setor público. Neste sentido, percebe-se que a emergência da psiquiatria na sociedade brasileira foi marcada pela lógica asilar e pelo crescimento acelerado em todo o país em números de Portadores de Transtorno Mental - PTM internados, e que eram mantidos em condições de caos, maus tratos, abusos e violação. É neste contexto que emerge um movimento de luta para melhores condições de assistência ao PTM, denominado de movimento de luta pela Reforma Psiquiátrica. Tal temática será abordada no próximo item, bem como as mudanças realizadas em relação à assistência psiquiátrica.

### **1.3 - A implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Para compreendermos a Reforma Psiquiátrica e seus rebatimentos na contemporaneidade e também na Política de Saúde Mental, torna-se fundamental discutir a trajetória de consolidação desse movimento na sociedade brasileira. É preciso analisar as principais transformações ocorridas na Política de Saúde Mental, principalmente a partir dos anos 1970, discutindo o contexto histórico e político no qual se efetivou a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica emerge em decorrência do amplo debate a partir dos anos 1970, frente aos movimentos de redemocratização, de luta pelos direitos da população e pela busca por melhores condições de vida. É nessa conjuntura que o movimento de Reforma Psiquiátrica se consolida, impulsionado pelo movimento de Reforma Sanitária. O movimento de Reforma Psiquiátrica se pauta pela luta, reivindicações e propõe a superação do modelo psiquiátrico tradicional, centrado na internação, ou seja, o modelo hospitalocêntrico. Para compreender este processo, torna-se necessário discutir a trajetória histórica e os desafios enfrentados para a efetivação da reforma.

O início da década de 1970 foi marcada pela mudança na denominação do Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM para a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, refletindo a tendência da psiquiatria preventiva. Nesse período, foi elaborado sob a liderança de Luiz Cerqueira, um dos mais importantes críticos do

modelo manicomial da década de 1970, um Manual de Assistência Psiquiátrica. Este foi tido como um dos precursores do Movimento da Reforma Psiquiátrica, já que considerava que a psiquiatria preventiva poderia reverter o modelo manicomial. Porém, somente em 1973 foi aprovado o Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica, baseado no documento elaborado por Luiz Cerqueira, onde salientou a relevância da assistência extrahospitalar, da readaptação do “louco” em equipes multidisciplinares. De acordo com Amarante (2003), esse manual teve extrema influência no pensamento crítico em saúde mental, mas, no entanto, a sua aplicação não aconteceu, uma vez que não existiam recursos financeiros para sua efetivação, pois os mesmos eram destinados, na sua maioria, para a compra de serviços dos hospitais privados. Um exemplo claro desse fato foi a Portaria nº 39 de 1974, onde criou o Plano de Pronta Ação – PPA, elaborado pelo Ministro da Saúde, Leonel Miranda, proprietário de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil. O PPA possibilitou um acelerado processo de privatização da assistência médica, particularmente na assistência psiquiátrica.

Dessa forma, conforme ressaltou-se no relatório de Atenção em Saúde Mental (2007d), denominado de Linha Guia de Saúde Mental do estado de Minas Gerais, a Reforma Psiquiátrica mineira se efetivou, acompanhando as denúncias e movimentos nacionais. Os trabalhadores mineiros da saúde mental também realizaram denúncias à sociedade referente às condições subumanas em que se encontravam as pessoas internadas, marcando também o início de uma luta para a garantia de direitos ao PTM.

No entanto, em 1977, foi aprovado o Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM, na VI Conferência Nacional de Saúde, concretizando assim, pela primeira vez, um programa de saúde mental de caráter preventivo. Este visava a qualificação de profissionais como médicos generalistas, auxiliares de enfermagem, mas não teve grande impacto e, apesar de ter sido implantado por vários estados, em pouco tempo, foi desativado, prevalecendo assim a compra dos serviços privados para a realização da assistência ao PTM, ou seja, a lógica manicomial.

Durante os anos 70, a influência da psiquiatria preventiva norte-americana, bem como o papel mais ativo de organizações internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde – OMS e sua subsidiária Organização Pan – Americana de Saúde – OPAS, tiveram forte repercussão dentro do campo da saúde pública e da militância entre os médicos e profissionais da saúde no Brasil. (VASCONCELOS, 2002a, p. 192).

No final dos anos 1970, o campo da saúde mental foi alvo de inúmeros questionamentos relativos ao processo de transformação do cenário psiquiátrico no país, principalmente no que tange ao hospital psiquiátrico, que se tornou um produtor de cronificação do louco. Foi nesse contexto, nos últimos anos da década de 1970, que a reforma psiquiátrica brasileira caminhou na direção da democratização que emerge, não só a partir das críticas conjunturais ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, na crítica estrutural ao saber das instituições psiquiátricas clássicas, no bojo da movimentação político-social. O movimento de reforma psiquiátrica é contemporâneo da eclosão do movimento sanitário, mas o movimento psiquiátrico tem história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Esse movimento foi um marco no que se refere ao conjunto de mudanças políticas governamentais e nos serviços de saúde.

Em 1978, um fato novo começou a mudar a trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil, ocorre o início da constituição do movimento de reforma sanitária, concomitantemente o país vivia um período que foi denominado de redemocratização, no qual, de acordo com Vasconcelos (2007a), ocorreu a mobilização da sociedade civil contra o asilamento, a mercantilização da loucura, o país vivia o processo de redemocratização e re-emergência dos principais movimentos sociais, após um longo período de repressão em função do regime militar.

Entretanto, a partir da crise da DINSAM, ocasionada nos hospitais, quando estagiários e profissionais das quatro unidades psiquiátricas federais<sup>23</sup> do Rio de Janeiro denunciaram a situação em que se encontravam estes serviços, principalmente denúncias referentes à violação de direitos humanos, bem como denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo, mortes suspeitas, realizaram-se também reivindicações de melhores condições de trabalho e assistência ao PTM, nesse momento, inicia-se o movimento dos trabalhadores de saúde mental.

A crise<sup>24</sup>, instaurada a partir das denúncias feitas por médicos plantonistas, culminou na realização da primeira greve no serviço público no período militar,

---

<sup>23</sup> As unidades são: Centro Psiquiátrico Pedro II -CPP II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

<sup>24</sup> Segundo Amarante (2003) esta crise também atingiu os residentes de medicina e teve dimensão nacional e foi peça chave para a regulamentação da residência médica.

ocasionando assim a demissão de 260 grevistas. Este fato, em função da dimensão ética e da conjuntura histórica, mobilizou os profissionais de outros serviços e recebeu o apoio das forças sociais democráticas que lutavam contra o regime militar. A repercussão desse movimento ficou conhecida a nível nacional, mas teve seu início no Rio de Janeiro, tornando-se um verdadeiro escândalo em relação à forma como o Estado tratava os doentes mentais.

Apesar da diminuição da dimensão da crise da DINSAM, os profissionais envolvidos nesse fato, mantiveram a postura crítica em relação às políticas de saúde mental e assistência psiquiátrica, passando a denominar-se de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM.

A partir deste momento, o MTSM organizou vários eventos com a participação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas – IBASE, Ordem dos Advogados do Brasil - OAB, da Associação Brasileira de Imprensa – ABI, dentre outras. Esses eventos proporcionaram um alargamento do movimento e também a participação da sociedade, a qual passou a ter conhecimento da luta e da situação com que se deparava nos hospitais psiquiátricos. Nesse período, várias transformações foram observadas no âmbito da administração, planejamento estratégico, situacional, “co-gestão” para a reestruturação dos hospitais da DINSAM e concomitante a esse contexto surgem as iniciativas de gerenciamento de sistemas públicos de saúde mental conduzidas pelos militantes do MTSM.

No ano de 1978, ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, organizado a nível nacional, no período de 27 de outubro a 01 de novembro, em Camboriú – Santa Catarina, fortalecendo assim o MTSM. Ficou conhecido como o ‘Congresso de Abertura’, pois foi nesse evento que, pela primeira vez, os movimentos em saúde mental participaram de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria. Foi marcado também pelo caráter de discussão política, ideológica e de críticas ao regime político vigente. Definiu-se ainda acerca da organização de um encontro exclusivo do movimento, para o ano seguinte, no período de 20 a 21 de janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo. No I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, discutiu-se a vinculação da luta pela transformação do sistema de atenção à saúde mental e às demais lutas sociais, destaca-se também a crítica em relação ao modelo dos hospitais psiquiátricos.

Um outro evento de extrema relevância foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença de Franco Basaglia, Robert Castel e Antonio Slavich em Belo Horizonte. Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena e comparou-o a “um campo de concentração nazista”. Essa visita repercutiu nacionalmente e deu origem a dois dos mais importantes documentos de denúncia do modelo psiquiátrico nacional: o filme: “Em Nome da Razão” de Helvécio Raton e a série de reportagens publicadas posteriormente no livro “Nos porões da Loucura”, de Hiran Firmino. (AMARANTE, 2003, p.42). Sobre essa questão, salienta-se que “Minas Gerais sempre esteve presente no cenário nacional da Reforma Psiquiátrica, sobretudo a partir da realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria”, conforme citado acima. (MINAS GERAIS, 2007, p.32). O estado de Minas Gerais mantinha um grande número de hospitais psiquiátricos, principalmente nas cidades de Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora, sendo esses, os únicos recursos assistenciais desse contexto. (MINAS GERAIS, 2007).

Dessa forma, o final da década de 1970 e início da década de 1980 foram marcados por importantes acontecimentos na Política Nacional, como, por exemplo, pelo Movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Nesse momento, os espaços públicos foram ocupados por participantes desses movimentos que buscavam a introdução de mudanças no sistema de saúde e também de um Estado democrático.

Nesse período, o MTSM que propunha a formulação de novas práticas, ampliou as denúncias e acusações em relação ao governo militar no que se refere à relação ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, marcado por torturas, corrupções e fraudes. Identificado como um movimento plural constituído por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associação de familiares, membros de associações profissionais, sindicatos e outros, o MTSM propunha construir denúncias da violência nos manicômios, a mercantilização da loucura, da hegemonia da rede privada e, sobretudo, a constituição de críticas ao chamado saber psiquiátrico.

De acordo com Vasconcelos (2007a), o MTSM teve como característica marcante o fato de ser “completamente externo ao aparelho do Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa, principalmente em Belo Horizonte”. Segundo o autor, os objetivos principais foram as denúncias: mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos quanto privados, reivindicações por melhores condições de trabalho, etc.

Foi a partir destas organizações e de suas denúncias da utilização da psiquiatria como “instrumento técnico-científico de controle social” e da reivindicação para modelos alternativos ao modelo asilar que se iniciou um movimento crítico acerca das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas<sup>25</sup>. Foi, na verdade, um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como finalidade o questionamento e a elaboração das práticas das propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (AMARANTE, 2005).

Embora ainda predominasse a Ditadura Militar, os militares deram início à chamada “abertura democrática”, pois visava garantir o apoio da sociedade civil, uma vez que o regime ditatorial se encontrava em crise. Nesta conjuntura, lançou-se a Campanha Diretas Já!, mas a ementa pelas eleições diretas foi derrotada, porém surtiu efeitos importantes e culminou na eleição do primeiro governo civil do período da redemocratização, que passou a ser denominado Nova República.

Nesse debate, Vasconcelos (2007a) chama atenção para o fato de que os principais objetivos da plataforma política do MTSM, nessa conjuntura, foi a luta pela não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos, regionalização das ações de saúde mental, controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais.

No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio, em São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras outras alternativas de assistência – mesmo as mais simples, como o atendimento ambulatorial. (MINAS GERAIS, 2007, p.30).

Nesse contexto, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, conforme já discutido anteriormente e como desdobramentos da mesma, foram realizadas propostas de conferências temáticas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso, Saúde Mental e outras. Essas foram realizadas logo após a Conferência Nacional, mas, no entanto, a de Saúde Mental se deparou com inúmeras dificuldades, pois os dirigentes dessa área no Ministério da Saúde –

---

<sup>25</sup> Segundo Amarante (1995) este contexto é marcado pelas obras de Goffman, Bastide, Castel, Szasz, Basaglia e outros (p.94).



MS representavam um grupo de resistência ao processo de redemocratização do país. Mesmo sem a aprovação do MS, as conferências se efetivaram de forma independente e foram vistas como provocação aos dirigentes. As conferências temáticas aconteceram em diversos municípios, estados e contaram com a participação de técnicos, usuários, familiares e lideranças de entidades da sociedade civil. A partir da realização de inúmeras conferências municipais e estaduais, convocou-se a I Conferência Nacional em Saúde Mental para junho de 1987.

Torna-se imperativo destacar que, durante os anos 80, os hospitais psiquiátricos de Minas Gerais, especificamente os públicos, passaram por um 'processo de humanização da assistência'. "Ao mesmo tempo, no contexto de uma Reforma Sanitária que já incentivava as ações de saúde em nível básico, promoveu-se a locação de equipes de Saúde Mental nos centros de Saúde." (MINAS GERAIS, 2007, p.32). Tal locação se efetivou através da implantação do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde. A I Conferência Nacional em Saúde Mental foi um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde e das conferências municipais e estaduais de saúde mental, mas efetivou-se contra a vontade da DINSAM. Esta foi marcada por inúmeros conflitos entre os militantes do MTSM, os diretores da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP e os coordenadores do DINSAM. Contou com a participação de dezenas de delegados eleitos nas pré-conferências e também diversos segmentos da sociedade civil. Os temas básicos de discussão foram: Economia, Sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e a doença mental; Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental, direitos, deveres e legislação do doente mental. Além de ter sido um marco de discussão política da saúde mental, realizou encaminhamentos como a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e na implementação, quanto ao nível decisório das políticas de saúde mental, fez com que o Estado reconhecesse os espaços não profissionais criados pelas comunidades, visando a promoção da saúde mental e outros; possibilitou o encontro de diversos atores do MTSM e definiu a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, em dezembro de 1987.

O MTSM sofreu profundas transformações, deixou de ser uma entidade predominantemente de técnicos e se tornou um movimento social mais amplo, buscando a construção de um novo lugar social para a questão da doença, com a participação da sociedade nesse processo de busca de espaços alternativos para a

realização da assistência ao PTM. É nesse momento que, segundo Amarante (2003), “a expressão manicômio passou a ser adotada estrategicamente como termo geral para definir qualquer tipo de instituição psiquiátrica pautada na tutela e na custódia.” (p.45).

A Conferência foi o marco na trajetória da desinstitucionalização, bem como na decisão da realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que teve como lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’ e retomou a discussão da violência nas instituições psiquiátricas, ganhando as ruas, imprensa e sociedade como um todo. Nesse encontro, foi discutido acerca do surgimento de novas modalidades de atenção que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. Ocorre a emergência do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e o Projeto de Lei 3.657/89 de Paulo Delgado que propiciou a discussão da loucura em todo o país, inicia-se uma construção de um novo projeto de saúde mental para o Brasil e também a instituição do ‘Dia Nacional da Luta Antimanicomial’<sup>26</sup>, que se institucionaliza em 18 de maio.

O primeiro CAPS surgiu na cidade de São Paulo em 1987 e foi denominado de CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A terminologia CAPS foi, pela primeira vez, utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para descrever um serviço de atenção diária, com funcionamento em dois turnos, durante cinco dias na semana, que pretendia ser intermediário entre a unidade hospitalar e a comunidade. A partir dessa iniciativa, os “loucos pela vida” se inseriram no contexto da política de saúde mental, bem como as associações de familiares e usuários. A loucura deixa de ser exclusividade dos médicos e administradores, ganhando espaço nas cidades e nas instituições.

O CAPS foi regulamentado pela Portaria GM nº 224/92 do MS que definia CAPS e NAPS como “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, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004a, p.12). Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/2002 do MS, como um “serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do

---

<sup>26</sup> Conforme Amarante (1995) originalmente previsto para o dia 13 de maio, data da aprovação da Lei 180, na Itália, e também da abolição da escravatura (p.100).

território”, publicada em fevereiro de 2002, foi a segunda portaria a dispor sobre o CAPS.

**Tabela 1 – Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por UF: serviços existentes (dezembro de 2002 a dezembro 2006)**

UF	Número de Centros de Atenção Psicossocial				
	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Região Norte</b>					
AM	0	0	0	1	3
AC	0	1	1	1	2
AP	1	1	2	2	2
PA	12	15	19	20	24
TO	4	5	5	5	5
RR	0	1	1	1	1
RO	2	3	4	7	9
<b>Região Nordeste</b>					
AL	6	7	7	13	35
BA	14	32	37	42	89
CE	24	26	29	36	57
MA	4	5	6	19	36
PB	2	4	12	16	34
PE	11	17	20	24	31
PI	1	1	3	10	21
RN	6	7	9	12	21
SE	3	8	13	16	20
<b>Região Centro-Oeste</b>					
DF	2	2	2	3	3
GO	6	11	13	16	19
MT	9	12	17	24	28
MS	4	4	5	9	12
<b>Região Sudeste</b>					
ES	6	7	9	11	15
MG	56	67	80	91	105
RJ	51	52	59	63	72
SP	105	110	127	143	166
<b>Região Sul</b>					
PR	15	16	22	31	54
RS	55	61	70	78	97
SC	25	25	33	44	50
<b>TOTAL</b>	<b>424</b>	<b>500</b>	<b>605</b>	<b>738</b>	<b>1011</b>

Fonte: BRASIL/MS, 2007a.

A Reforma Psiquiátrica foi impulsionada pelo movimento de Reforma Sanitária, no entanto, aquela não tinha os mesmos princípios e diretrizes desta. Portanto, a Reforma Psiquiátrica que priorizou o aparato jurídico do Estado, percorreu uma trajetória distinta do movimento sanitarista. O movimento de reforma psiquiátrica encontra as suas bases e se distancia do movimento de reforma sanitária e, de acordo com Amarante (1995), o movimento psiquiátrico manteve-se como um viés desinstitucionalizante, ao passo que o movimento de reforma sanitária perde de vista a problematização do dispositivo de controle e normatização próprios da medicina enquanto instituição social. O movimento sanitarista enfatizou números

e populações em detrimento da discussão das pessoas, sem considerar as singularidades das mesmas.

O movimento de Reforma Psiquiátrica voltava-se para a transformação da saúde e da desinstitucionalização<sup>27</sup>, aponta para a criação de uma rede que estabeleça interação e laços com outros setores da política de saúde e da sociedade de uma forma geral. A desinstitucionalização é uma estratégia central do movimento de reforma psiquiátrica, no mundo, podendo em certas conjunturas desfavoráveis assumir um caráter de desospitalização, sem substituir o hospital psiquiátrico por uma rede de serviços comunitários, enfatizando a prevenção e a reabilitação. É entendida como um “movimento de dentro para fora”, implicando numa ruptura de paradigmas, a superação do aparato manicomial e criação de novas formas de lidar com a loucura. Para Rotelli (2001), a desinstitucionalização “foi praticada como a desospitalização, política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos.” (p.19).

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução – cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e imediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. (ROTELLI, 2001, p.29).

O processo de desinstitucionalização enfatiza não mais o método de cura, mas sim o projeto de invenção da saúde e da reprodução social do paciente. Os principais atores são os técnicos de saúde mental, os PTM, familiares e sociedade (ROTELLI, 2001). Busca transformar as necessidades dos usuários de saúde mental a partir da construção de dispositivos substitutivos.

E é nessa conjuntura que, em 03 de maio de 1989, o processo de reforma psiquiátrica ganha repercussão nacional a partir da intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos no hospital particular Casa de Saúde Anchieta, local de mortes e maus tratos, essa intervenção, possibilitou a abertura para a implantação de um sistema psiquiátrico substitutivo ao modelo manicomial. O sistema substitutivo iniciado em Santos efetivou-se com a redefinição do hospício e

---

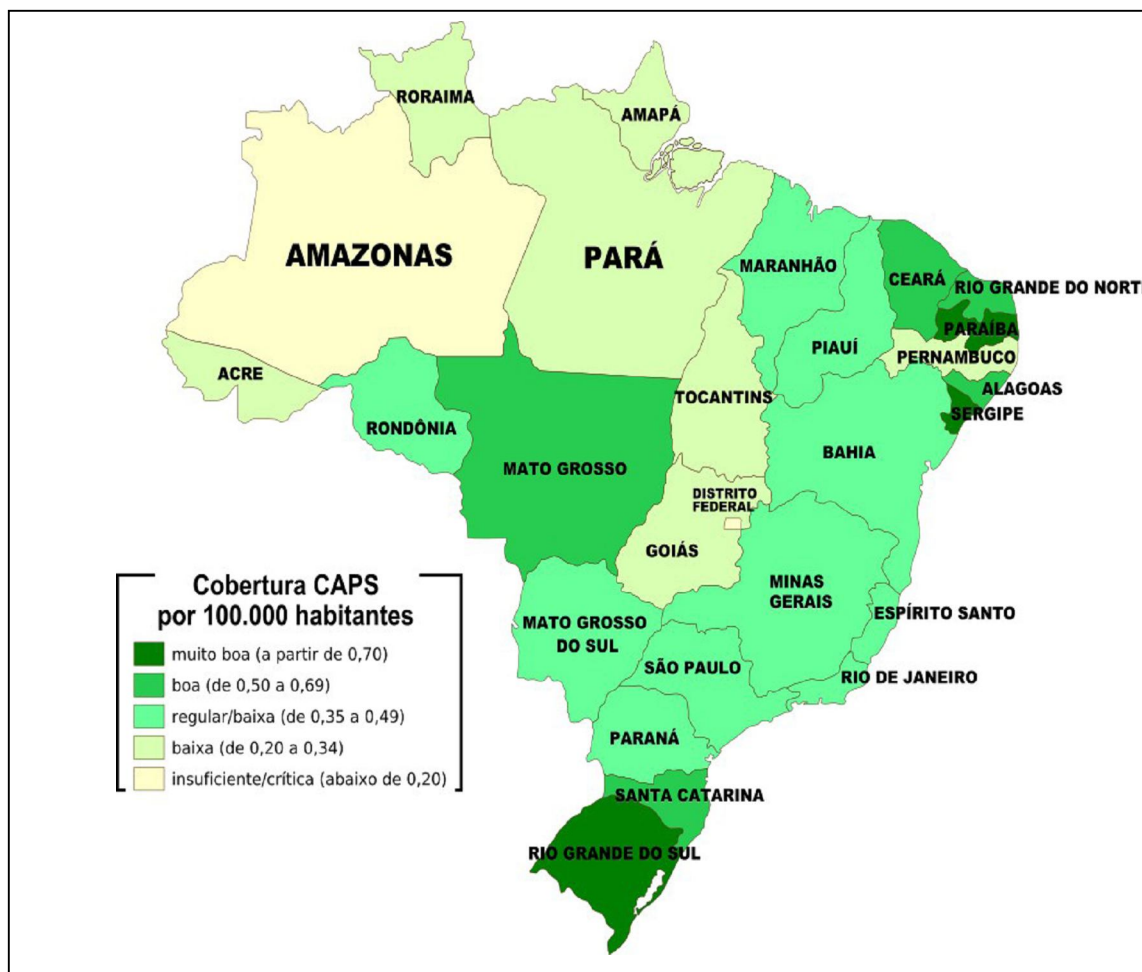
<sup>27</sup>“O termo desinstitucionalização foi criado nos Estados Unidos para designar os processos de altas administrativas e reinserção de pacientes psiquiátricos na comunidade” (PEREIRA, 1997, p.328).

com a implantação de experiências comunitárias, como cooperativas, associações, dentre outros dispositivos. Essa intervenção foi a mais importante no campo da saúde mental brasileira e representou um marco na Reforma Psiquiátrica, tal procedimento foi inspirado na experiência de Trieste/Itália. Ainda em 1989, o Deputado Paulo Delgado dá entrada em seu projeto de Lei no Congresso Nacional, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados. O surgimento desse projeto ocasionou inúmeros rebatimentos, principalmente na mídia nacional com a realização de muitos debates. Foi o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos. Ocorre, em 1990, a Conferência de Caracas, nesta efetiva o “consenso entre as lideranças da psiquiatria latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica.” (VASCONCELOS, 2007a). Debateu-se também que a reestruturação da assistência psiquiátrica implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico.

No que se refere ao estado de Minas Gerais, foi nos anos 1990 que a Coordenação Estadual de Saúde Mental “conduziu uma auditoria técnica em todos os hospitais mineiros. Eram então 36 hospitais psiquiátricos com 8.087 leitos. Obtendo dados precisos, esta auditoria revelou a precariedade de suas condições de funcionamento.” (MINAS GERAIS, 2007, p. 32). Iniciou-se, nesse contexto, a organização dos trabalhadores, de forma independente, possibilitando mudanças no âmbito da saúde mental no Estado; os usuários e familiares passaram a participar da luta antimanicomial, juntamente com os trabalhadores, organizando associações e também atuação dos mesmos no Fórum Mineiro de Saúde Mental, sendo esse, um núcleo do movimento antimanicomial. (MINAS GERAIS, 2007, p. 32).

A partir de 1992, o MS lançou políticas para a saúde mental, acompanhando as diretrizes da Reforma Psiquiátrica com contornos bem definidos. Nesse período, realizou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, no período de 01 a 04 de dezembro e a assinatura da Declaração de Caracas, firmando um compromisso em relação às novas formas de realizar a assistência ao PTM, através de ações que propiciem a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e em redes sociais. Passaram a vigorar no país as primeiras normas federais que regulamentavam a implantação de serviços de assistência diária, como os CAPS e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS. Entretanto, nesse período, o processo de expansão foi descontínuo, embora o MS regulamentasse os novos

serviços, não instituíam uma linha de financiamento específico para os mesmos. Ressalta-se que o mapa contribui para a visualização da cobertura CAPS/100.000 habitantes em todo o país.



Fonte: BRASIL/MS, 2007a.

De acordo com Vasconcelos (2007a), o período de 1995 a 1999 foi marcado por limites à expansão da Reforma Psiquiátrica, houve a desarticulação da liderança no MS e bloqueio às tentativas de avanço da reforma. Em 1999, sob a gestão do Ministro José Serra, os avanços não foram muito significativos, mas apontou a importância de ocupar estes espaços de maneira mais efetiva. O autor destaca que houve mudança significativa no perfil de participação no Movimento de Luta Antimanicomial, contando assim com maior participação de usuários de familiares nos encontros regionais e nacionais.

Sobre essa discussão, o autor destaca o novo dinamismo político a partir da ocupação da Coordenação de Saúde Mental pelo professor Pedro Gabriel Delgado, liderança no movimento de Reforma Psiquiátrica. Ressalta também as conquistas no âmbito normativo, a legislação federal sobre cooperativas sociais, para a inclusão no trabalho de indivíduos dependentes, em 1999, e também a portaria do Ministério da Saúde sobre os serviços terapêuticos, em 2000.

Assim, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional do projeto de Lei 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado, somente no dia 27 de março de 2001, a lei foi aprovada e sancionada no dia 06 de abril do mesmo ano, passando a ser conhecida como a lei Antimanicomial. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, priorizando a oferta de tratamentos de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a extinção dos hospitais psiquiátricos. A sua promulgação impulsionou um novo ritmo para a Reforma Psiquiátrica e, nesse momento, quase dez anos após da II Conferência, é que se realizou a III Conferência Nacional de Saúde Mental, no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, com o tema “Cuidar Sim, Excluir Não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, reafirmando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Como desdobramento da III Conferência, o MS promulgou as portarias 251/02 que estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos. Esta teve suma importância para a normatização dos hospitais psiquiátricos no que se refere à oferta dos melhores serviços à clientela e estabelece parâmetros para a gradativa substituição do modelo hospitalar (AMARANTE, 2003) e a portaria 336/02 regulamenta o funcionamento do CAPS, conforme já citada anteriormente.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental proporcionou um marco no que tange “a consolidação da hegemonia do campo da reforma nos planos federal, estadual, municipal: 173 conferências municipais, micro-regiões e regionais, e 27 estados.” (VASCONCELOS, 2007a, p.8). O estado de Minas Gerais foi marcado pela III Conferência Estadual de Saúde Mental, onde foram propostas diretrizes coerentes e claras para a política de saúde mental, proporcionando mudanças no âmbito da assistência.

No Estado de Minas Gerais contamos hoje com mais de 80 serviços substitutivos credenciados junto ao Ministério da Saúde, mais de 30 Serviços Residências Terapêuticas (moradias), mais de 12 Centros de Convivência, em torno de 300 equipes de Saúde Mental na Atenção Básica, mais de 10 associações de usuários e familiares. Contudo, temos ainda 20 hospitais psiquiátricos, 03 públicos e os demais privados, perfazendo em torno de 3.500 leitos cadastrados ao SUS e cerca de 1.500 pacientes internados há mais de 02 anos. (MINAS GERAIS, 2007, p.33).

Dessa forma, entende-se a reforma psiquiátrica como um processo político e social complexo, integrado por divergentes forças nos múltiplos espaços e composta por um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores. No entanto, é no interior e no cotidiano das instituições que a reforma psiquiátrica avança, marcada por impasses, conflitos e desafios. A partir dos dados apontados acerca do Estado de Minas Gerais, observa-se que o mesmo tem buscando efetivar as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica.

Dentro da atual política do Ministério da Saúde para efetivação da reforma psiquiátrica, os CAPS são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental e devem ser territorializados, buscando resgatar as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta. Visam prestar atendimento em regime de atenção diária, oferecendo atendimento à população em sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e garantindo direitos sociais e o gerenciamento dos projetos terapêuticos. Trata-se de um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações psiquiátricas, ou seja, ao modelo tradicional.

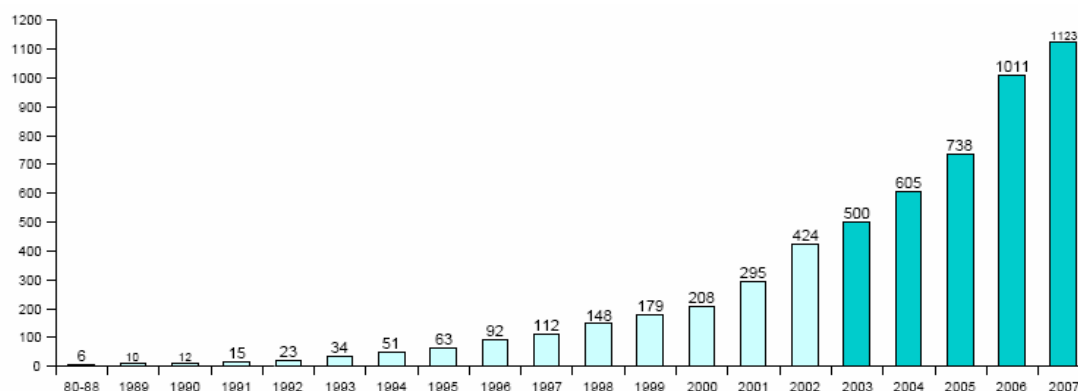
Os CAPS deparam-se hoje com desafios que requisitam um novo olhar sobre o PTM no campo da Reforma Psiquiátrica, por um lado ainda temos como hegemônico, o modelo hospitalocêntrico, por outro, a rede de Atenção Psicossocial<sup>28</sup>, que abarca a perspectiva de atenção integral, mas se defronta com demandas para além do estar fora do hospital psiquiátrico e inserida em uma unidade de atenção. Ressalta-se que a "expansão da rede CAPS, que começou no início da década de 90, acelerou-se a partir de 2002-2003. Nos últimos 4 anos, vem sendo mantido um ritmo intenso de implantação de novos serviços." (BRASIL, 2007b, p.7).

---

<sup>28</sup> Segundo Vasconcelos (2008) o número de CAPS em 2007 totalizou 1.130 serviços em todo o país, no entanto somente "38 CAPS do tipo III, o que significa uma fragilidade do processo de reforma, na assistência a emergências psiquiátricas e no sentido de implantar serviços mais diretamente substitutivos dos hospitais conveniados." (p.43).



## Expansão da rede CAPS (1980 – agosto de 2007)

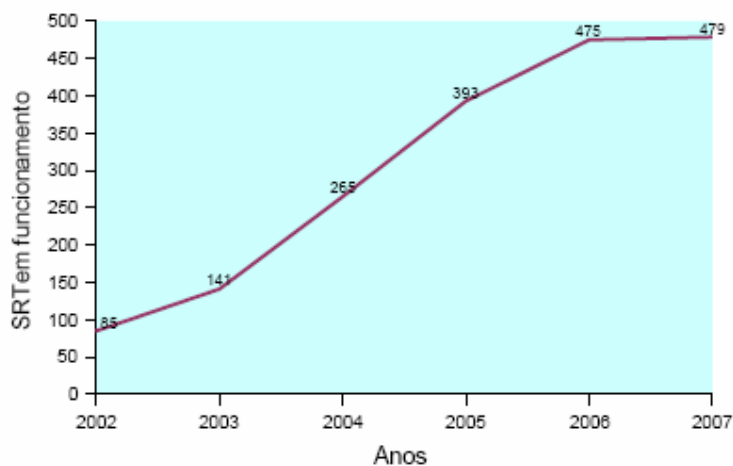


Fonte: BRASIL, MS, 2007b.

Soma-se ao exposto acima que a assistência em Saúde Mental deve ser realizada em serviços abertos, de atenção diária, inseridos na comunidade, que prevê a participação dos usuários nas ações de saúde mental, nos programas de inclusão social e outros. Entretanto, apesar dos CAPS serem dispositivos estratégicos, não são os únicos serviços de atenção em saúde mental, uma vez que esta deve ser realizada dentro de uma rede de cuidados, como por exemplo: os Serviços de Residências Terapêuticas, o Programa de Volta para Casa, o Centros de Convivência, Associações de Usuários e Familiares e outros.

Dessa forma, discutiremos, minimamente, cada um desses dispositivos citados acima como uma estratégia de possibilitar a compreensão acerca da organização da saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. O Serviço de Residência Terapêutica – SRT ou Residência Terapêutica são casas localizadas no espaço urbano, estabelecidas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, que não possuem vínculos familiares. O número de usuários é variável, podendo ser um indivíduo até um pequeno grupo de, no máximo 08 pessoas, que contarão com um suporte técnico. Foi a partir de 2003 que o SRT se expandiu, “o número de unidades, entretanto, permanece inferior às necessidades do programa de desinstitucionalização - o número estimado de moradores de longa permanência nos Hospitais Psiquiátricos é de cerca de 30% do total de leitos existentes.” (BRASIL/MS, 2007b, p.07).

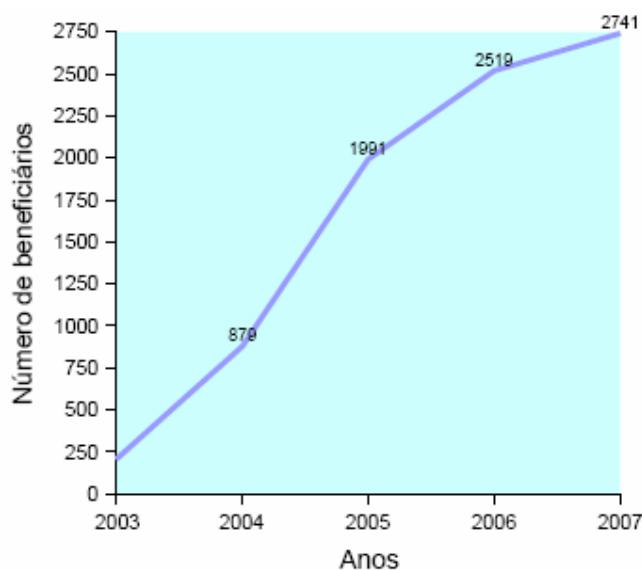
### Série histórica: Serviços Residenciais Terapêuticos em funcionamento no país (2002 a agosto de 2007)



Fonte: BRASIL, MS, 2007b.

Visando promover a reintegração social o Ministério da Saúde lança o Programa de Volta para Casa, é uma estratégia de favorecer a integração social de pessoas com transtornos mentais, egressas de longas internações psiquiátricas, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, tem como parte integrante o pagamento do auxílio – reabilitação psicossocial. Esse programa irá atender a um segmento da população brasileira desprovida de meios de amparo social e dos benefícios assegurados na legislação. Tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inserção social dos PTM, estimulando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, de forma facilitadora do convívio social. Faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar como, por exemplo, os CAPs, os Serviços de Residência Terapêutica e outros. Conforme dados do MS, em agosto de 2007, o Programa contava com 2741 beneficiados; em maio de 2007, foi realizado o Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa, no qual “todas as pessoas envolvidas no campo da saúde mental foram convocadas à aceleração da desinstitucionalização de pacientes longamente internados em todo o país - a idéia é ampliar radicalmente, ainda em 2007, o número de beneficiários dos diversos programas de desinstitucionalização.” (BRASIL/MS, 2007b, p.13).

### Incremento do número de beneficiários do Programa de Volta para Casa (2003 – Agosto de 2007)



Fonte: BRASIL, MS, 2007b.

Neste contexto, destacam-se também os centros de convivência, como espaços de socialização, que não constituem espaços de atendimento psicológico e psiquiátrico, nem são simplesmente locais para fazer oficinas terapêuticas, mas locais também de oficinas, entre outras atividades, mas sempre com a finalidade de propiciar produções, convívios, trocas e encontros. Não é um dispositivo clínico, mas tem grandes rebatimentos no PTM. Nesse espaço, a arte é um dos elementos orientadores dos processos e do trabalho, possibilita o desenvolvimento de novas formas de comunicação que vão proporcionar novas formas de perceber e estar no mundo. A política de financiamento encontra-se em construção, mas foi a partir de 2006, que o Ministério da Saúde interagiu com o Ministério da Cultura, através de uma inclusão dos Centros de Convivência no Programa Pontos de Cultura. “Estima-se que cerca de 60 Centros de Convivência e Cultura estejam hoje em funcionamento no país – apenas 36, no entanto, estão registrados junto à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.” (BRASIL/MS, 2007b, p.15).

### Centros de Convivência e Cultura (Maio de 2007)

	Município	Centros de Convivência e Cultura
MG	Belo Horizonte	9
MG	Betim	1
MG	Juiz de Fora	1
RJ	Rio de Janeiro	1
SP	Campinas	3
SP	São Paulo	21
	<b>Total</b>	<b>36</b>

Fonte: BRASIL, MS, 2007b.

Um outro dispositivo importante no processo da Reforma Psiquiátrica é a Associação de Usuários e Familiares, esta organização social é um movimento decisivo para a garantia de direitos aos PTM, bem como para a busca de experiências, não pelo viés adaptativo ou normativo, mas pela inscrição da diferença no espaço social. É um espaço de trocas, de crescimento, de lutas, onde usuários e familiares constroem juntos uma “outra” história de assistência psiquiátrica. Conta também com a participação da comunidade e buscam juntos a garantia de direitos aos PTM. Esses são alguns dispositivos estratégicos substitutivos à lógica manicomial presentes na contemporaneidade, bem como a articulação da saúde mental na atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família.

Vasconcelos (2007a) assevera que os avanços no que se refere à normatização oficial na atual década, são base para a consolidação e ampliação de novos serviços e do controle de redução dos leitos psiquiátricos convencionais, salienta que ocorreu a reatualização de diversas portarias anteriores referentes aos serviços substitutivos. Em 2002, foi lançado o Plano Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar com objetivo de fiscalizar, anualmente, todos os hospitais psiquiátricos, utilizando-se de critérios mais rígidos para a realização do procedimento. Essa conjuntura foi marcada pelo declínio gradativo do número geral de leitos, os quais foram supridos por dispositivos substitutivos. O ano de 2004 foi marcado pela redução progressiva e pactuada de leitos nos macros hospitais psiquiátricos através do Programa Anual de Reestruturação Hospitalar. Foi regulamentada também a internação involuntária e a comissão de direitos humanos.

A Reforma Psiquiátrica, segundo Vasconcelos (2007a), passou por uma ampliação da agenda temática e programática, inserindo novos temas, campos e

desafios como, por exemplo, a realização do cuidado em saúde mental pela Estratégia de Saúde da Família, a reestruturação da Política de Assistência aos usuários de álcool e droga e outros.

Percebe-se que a principal influência teórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil foi a experiência liderada por Franco Basaglia, tendo esse processo como principal característica a busca pela “ultrapassagem do campo estrito da saúde mental para se tornar um dos mais expressivos processos sociais no cenário nacional contemporâneo.” (AMARANTE, 2003, p.58). A Reforma Psiquiátrica pautou-se por princípios éticos como a inclusão, solidariedade e cidadania, tornando-se um processo social complexo, intervindo no campo da sociedade com a loucura, transformando as relações da mesma para com o PTM, através de práticas contra a segregação e as estratégias para a garantia de direitos aos sujeitos. O objetivo da Reforma não se reduz a uma simples construção de novos serviços, nem à introdução de novas técnicas, mas é um fato, um processo dinâmico, plural de transformação com a participação de diversos protagonistas, articulado entre si por várias dimensões. É também um processo de construção permanente e com a participação de diversos sujeitos, envolvendo atores sociais concretos, como usuários, familiares, sociedade, profissionais da saúde, intelectuais. Consiste em um processo histórico de luta contra a violência, discriminação, que busca uma nova forma de compreender o PTM, de olhar, escutar e cuidar, ou seja, é um processo de ruptura, de quebras de paradigmas e que busca a construção de uma forma de cuidar fundamentado na ética, no respeito, na valorização e também a transformação da sociedade em relação ao “louco”.

A Reforma Psiquiátrica aponta para a desconstrução das teorias e conceitos da psiquiatria tradicional, busca a “invenção da saúde”, a partir do momento que profissionais e comunidade buscam reconhecer a loucura, mas numa relação de respeito, de valorização da sua história de vida e na garantia da qualidade de vida na comunidade onde vive, ou no seu território.

A Reforma Psiquiátrica, através das políticas públicas de saúde, procura consolidar a formação de uma rede territorial de atenção à saúde mental diversificada, atendendo aos diversos tipos de problemas psiquiátricos – dos mais simples aos mais graves – e às necessidades das pessoas. Essa rede oferece diversos tipos de projetos assistenciais que não se limitam ao tratamento da doença mental em si, mas tratam do sujeito em sua integralidade, evitando o afastamento do paciente da sua família e comunidade: tratamento individual ou grupos, atividades de inserção social – trabalho, lazer. (AMARANTE, 2003, p.64).

Nesse sentido, a mudança nas políticas de saúde mental possibilita a construção de uma rede de atenção pautada na integralidade da assistência e substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, proporcionando, assim, que os serviços psicossociais passem a atuar na melhoria da qualidade de vida, na luta pela garantia dos direitos e a abertura de espaços de participação do PTM nos diversos espaços na sociedade.

Essa Reforma implica a garantia da participação dos usuários e familiares, ou seja, protagonismo desses na sociedade. Pretende demonstrar como é possível a participação desse usuário em diversos papéis na sociedade, passando a ser reconhecido como sujeito de direito, por sua habilidade e, acima de tudo como indivíduo, respeitando as suas diferenças.

Destaca-se que a implantação do SUS, enquanto política pública de direito proporcionou à Reforma Psiquiátrica brasileira condições institucionais de desenvolvimento, uma vez que a implementação de políticas universais possibilitou a multiplicação de práticas assistenciais no campo da saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental reforça a atenção focada na base territorial, em substituição à atenção hospitalar.

Verifica-se que a Reforma Psiquiátrica se depara com inúmeros desafios em relação à sua efetivação: acessibilidade e equidade, formação de recursos humanos, debate cultural: estigma, garantia de direitos, superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico, papel dos meios de comunicação, o debate científico: evidência e valor. Segundo Vasconcelos (2008) a atenção à crise, a necessidade de criação de centros de convivência e cultura, a porta de entrada para emergenciais na rede de cuidado em saúde mental, a atenção à intercorrências clínicas e regular à saúde de usuários, necessidade de retomar uma rede ambulatorial redimensionada e flexibilizada, processo de desinstitucionalização nos asilos e hospitais psiquiátricos, reinserção social nos espaços públicos são alguns óbices e dificuldades deparadas para efetivação da assistência ao PTM e para a formação de uma rede integrada, intersetorial e universal em saúde mental.

## **CAPÍTULO II**

### **A ATENÇÃO BÁSICA E AS ESPECIFICIDADES DA SAÚDE MENTAL**

## **2.1 – A atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família: um fortalecimento necessário**

A Saúde Mental vem passando por novas reconfigurações na sociedade brasileira a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, busca-se a construção de uma nova forma de cuidar do Portador de Transtorno Mental – PTM, pautado pela integralidade da assistência, com o desenvolvimento de práticas inovadoras na Atenção Básica - AB. É um período marcado por inúmeros desafios como, por exemplo: o rompimento com o modelo manicomial vigente, a abertura de serviços comunitários, a efetivação da saúde mental na atenção básica, bem como, transformações no que tange à realização da atenção ao PTM e à busca de novos dispositivos estratégicos, apontando para uma descentralização do cuidado, na assistência comunitária, a ampliação das possibilidades de ação, consolidando uma atenção que preconiza o contexto familiar em detrimento da instituição asilar.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica evidencia a necessidade de invenção, concretização e ampliação de práticas que possam superar o asilamento psiquiátrico, a desospitalização do PTM e a busca de novas formas de lidar com a loucura. O movimento de Reforma Psiquiátrica apontou, então, para a construção de novos modelos de atenção em saúde mental que proporcionasse a ruptura com o aparato institucional criado para “conter” a loucura. Assim, como alternativa ao modelo hospitalar de atenção, foram implantadas diversas experiências que buscam transformar as práticas e saberes relacionados ao campo, ou seja, a construção de novos modos de atenção em saúde.

A construção dessa rede de cuidados pressupõe a atenção diária, de base territorial na perspectiva da desinstitucionalização, pois rede e território são dois conceitos fundamentais para a compreensão das estratégias do CAPS e sua aplicabilidade em relação aos cuidados efetivados na AB, que têm o sujeito e sua família como centro de suas intervenções e não mais a doença como foco de sua atenção. Esses novos dispositivos podem ser considerados espaço social de produção de saúde por incorporar a subjetividade, a convivência e a sociabilidade como elementos essenciais para o resgate da saúde do PTM.

Nessa direção, emergem inúmeras experiências inovadoras que propõem um novo horizonte ao PTM a partir de ações e serviços que se pautem pela valorização e respeito desse enquanto cidadão de direitos, buscando garantir a assistência a



partir da criação de vínculos, de respeito. Surge a necessidade de fortalecimento da atenção ao PTM na atenção básica, dessa forma, sua emergência e consolidação deve ser compreendida a partir das transformações realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, particularmente na Estratégia de Saúde da Família - ESF. Para a apreensão de tais mudanças, torna-se necessário compreender a Atenção Básica - AB, a ESF e a interlocução destes com a Saúde Mental.

A proposta de intervenção da AB valoriza o sujeito na sua particularidade, na singularidade, a partir do contexto onde está inserido, considerando a realidade vivenciada no seu cotidiano, buscando garantir a promoção e a prevenção da saúde e o tratamento de doenças e agravos. A atenção básica caracteriza-se pela atenção à saúde a partir de métodos práticos, simples, mas cientificamente evidentes e acessíveis à comunidade. (MENDES, 2002).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vive essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL/MS, 2006a, p.10).

De acordo com Mendes (2002), a AB caracteriza-se pelo atendimento irrestrito às diversas faixas etárias, tipologia dos problemas apresentados, acessibilidade, práticas integrativas, continuadas, a realização do trabalho em equipe, a interlocução com a família e comunidade. Esta tem a ESF como ação primordial para sua organização e fortalecimento, conforme os preceitos do SUS e visando a sua operacionalização tem como fundamentos:

I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV – valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V – realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI – estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006a, p.11).

A Atenção Básica se opõe à instituição hospitalar, pois o direcionamento desta está voltado para a família e comunidade, nos diversos contextos onde os sujeitos estão inseridos. Não se pode negar a importância do hospital em uma conjuntura ampla em relação à assistência à saúde, mas sabe-se que o hospital é uma instituição hegemônica, onde predomina a intervenção na doença, na cura, o cerne do atendimento focalizado nas consultas, exames, medicações, através de uma relação autoritária, contrapondo a proposta da AB em relação à atenção prestada, a partir da adscrição da clientela, “o diagnóstico, e a respectiva conduta (quando acontecem) são apenas uma parte do projeto terapêutico.” (CUNHA, 2005, p.26). Na AB privilegia o diálogo, o que implica numa relação de troca, de escuta, na aceitação, na conquista, na compreensão das pessoas e descentraliza-se o poder do médico na promoção da saúde.

[...] Poderíamos dizer que é muito menor o poder do médico e de outros profissionais em relação aos usuários na Atenção Básica. Em grande parte dos problemas de saúde de uma população sob a responsabilidade de uma equipe de saúde na Atenção Básica, será impossível fazer alguma intervenção efetiva sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas. A capacidade de diálogo na Atenção Básica é realmente essencial – o que implica disposição (e técnica) para a escuta, em aceitação do outro e de seus saberes. (CUNHA, 2005, p.26).

Nesse sentido, a Atenção Básica busca a valorização da autonomia do sujeito, considera para a realização da intervenção o trabalho, a religião, a família, os quais têm rebatimentos na condução terapêutica do caso, através de intervenções que busquem novos saberes e práticas, respeitando a singularidade de cada situação. “Se no hospital simbolicamente impera o medo da morte, na Atenção Básica impera a vontade de viver” (CUNHA, 2005, p.31), é uma relação de contrários, onde as práticas são antagônicas. Dentro do hospital, ocorre a

fragmentação do cuidado de forma intensa, o usuário é visto em partes a partir da demanda apresentada e na atenção básica, busca-se a efetivação da integralidade na assistência, procurando compreendê-lo para além da demanda apresentada.

Portanto, a AB se depara também com inúmeros desafios, a população que é peça fundamental na sua intervenção, deve compreender a organização do serviço, para não proporcionar o excesso de demanda, conforme exemplifica Cunha (2005) “uma população que não sabe distinguir uma gripe simples de uma gripe grave, compromete o serviço com o excesso da demanda” (p. 34). Apesar da formação dos profissionais de saúde ainda focar a lógica biomédica, para a efetivação e fortalecimento da AB, há uma necessidade de uma intervenção crítica e a busca de novas estratégias pautadas na integralidade, no vínculo, no respeito às singularidades. É preciso que os profissionais da saúde compreendam a diferença de uma intervenção profissional em um hospital e em um serviço da AB e reconstruam a sua prática a partir de seu lócus de atuação, considerando as especificidades de cada espaço de produção da saúde.

Soma-se ao exposto acima, que a AB busca a resolução de 80% a 90% dos problemas locais de saúde, dessa forma, torna-se fundamental o compromisso com a terapêutica, com a qualidade de vida dos usuários, o estabelecimento de uma relação com o sujeito de forma respeitosa, ética. A realização do cuidado é discutido com o usuário, são estabelecidos limites, predomina a intervenção biopsicossocial, buscando garantir a acessibilidade da população. Há uma necessidade de incorporação da capacidade de lidar com a subjetividade na AB, o que significa agregar novas tecnologias relacionais tais como atividades comunitárias, a valorização dos diversos saberes profissionais. Nesse debate, Cunha (2005) chama atenção para uma necessidade de lidar com as diversas formas de saber, misturando as inúmeras atividades terapêuticas, como a atenção da enfermagem, do serviço social, dos ACS, com as atividades de gestão, seja no gerenciamento da UBS, seja na organização do trabalho e também na informação à população usuária.

Na tentativa de compreender a atual conjuntura da atenção básica na assistência à saúde, torna-se fundamental recuperar alguns aspectos históricos que permearam o seu fortalecimento, ou seja, da atenção primária à saúde. No entanto, a Atenção Primária à Saúde<sup>29</sup> – APS, a partir da década de 1970, vem sendo

---

<sup>29</sup> De acordo com Heimann e Mendonça (2005) há diferenças de concepção entre a APS e AB, pois a APS “surgiu numa perspectiva restrita associada à racionalização dos gastos hospitalares, mas se amplia nas propostas das agências

fortalecida nos sistemas de saúde do Brasil em função da crise do modelo biomédico, ou seja, da centralidade na doença e no atendimento médico. Nesse período, o cenário internacional, a partir da Assembléia Mundial de Saúde, vem sendo marcado pela busca de formas de integração da assistência à saúde mental na atenção primária, proporcionando repercussões nas políticas de saúde em diversos países.

Torna-se imperativo salientar que foi a partir da Conferência da Alma Ata, realizada em 1978, que se intensificaram as discussões sobre Atenção Primária em Saúde - APS no contexto mundial no qual a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Conferência de Alma Ata reconheceu a Atenção Primária<sup>30</sup> como parte essencial do sistema de saúde, definindo-a como atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na sua comunidade. Dessa forma, a realização dos cuidados primários de saúde e a busca pela promoção da saúde foram considerados estratégicos para o alcance de tal meta. A saúde da família é apontada pela OMS como um novo modelo assistencial que tem como finalidade a reorganização da atenção primária e a redução dos custos da atenção médica, ou seja, do modelo biomédico.

Na introdução da Declaração de Alma Ata informou-se que a APS era chave para alcançar em todo o mundo em um futuro previsível um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e inspirasse em um espírito de justiça. Essa meta na ocasião foi proposta para o ano 2000. A APS seria igualmente válida para todos os países, desde os mais desenvolvidos até os de menor desenvolvimento, embora pudesse adotar diversos formatos segundo as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais. O informe alertava sobre a necessidade de estruturar a APS, sobretudo nos países em desenvolvimento, e por isso se centrou nas necessidades destes países. (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006, p.784).

A APS ganhou ampla divulgação ao ser disseminada pela OMS como a base para a reforma e organização dos sistemas nacionais de saúde e como principal

---

internacionais – como OMS e Organização Mundial de Saúde (Opas). ” (p.485). A AB “é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.” (BRASIL/MS, 2004a, p.5).

<sup>30</sup> A Atenção Primária pode ser entendida como um nível de um sistema de serviços de saúde que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção para a pessoa, não direcionada para a enfermidade. Salienta-se que não é objetivo desse estudo, realizar a distinção entre elas, no entanto, informa-se que a terminologia utilizada será atenção básica, por ser a apontada pelo Ministério da Saúde no Brasil.

estratégia para alcançar a meta estabelecida pela Assembléia Mundial de Saúde de 1977, promover saúde para todos. Forma então a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, sendo a responsável exclusiva por um conjunto de funções, compartilhando características com os outros níveis de atenção, tais como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe.

Percebe-se que, a APS aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximização da saúde, integra a atenção quando há mais de um problema, lida com o contexto no qual a doença existe, organiza e racionaliza o uso dos recursos no que se refere ao enfrentamento dos problemas. Essas características dão origem a outros aspectos adicionais, como: centralização na família, intervenção cultural e orientação comunitária.

A Declaração de Alma Ata definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. Como estes serviços refletiriam as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades, logicamente variam segundo os diversos países e comunidades. Entretanto, também deveriam compreender, no mínimo: a promoção de uma nutrição adequada e de um abastecimento suficiente de água potável; o saneamento básico; a saúde da mãe e da criança, incluindo o planejamento familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e a luta contra as doenças infecciosas; a prevenção e a luta contra as doenças endêmicas locais; a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e controle correspondentes [...]. (ANDRADE, BARRETO E BEZERRA, 2006, p.786).

Segundo Mendes (2002), deve-se compreender a Atenção Primária a partir de eixos como o contato com a população usuária, ou seja, a acessibilidade, a procura dos serviços em função dos problemas apresentados, a longitudinalidade “requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua entre equipe de saúde, indivíduos e famílias” (p.13). A responsabilização da equipe com a oferta dos serviços e a sua interlocução com a comunidade, a coordenação do trabalho a partir de ações que busquem efetuar a continuidade dos serviços oferecidos e o reconhecimento da família constituem um elemento relevante no que tange à efetivação da assistência. Um importante eixo é a orientação comunitária, pois leva a uma maior aproximação com a comunidade, ao reconhecimento das famílias e ao

contexto onde estão inseridas, bem como à condição social, econômica e política. Para a concretização da atenção à população, é necessário reconhecer e efetivar todos os elementos elencados acima, pois a integralidade na assistência se pauta pela compreensão dos diversos fatores que circundam o cotidiano do usuário, bem como a problemática dos conflitos familiares, da relação do trabalho, do desemprego e os demais aspectos sociais.

A saúde, no Brasil, após a Constituição de 1988, apontou a descentralização e municipalização como mecanismos propulsores da estruturação da atenção à saúde da população. As ações da AB fundamentam-se nos seguintes princípios do SUS, expressos na Constituição de 1988: saúde como direito de todos, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação popular.

A AB é um nível de assistência complexo, pois demanda a compreensão da integralidade, da importância de se trabalhar em rede, da interlocução das políticas sociais, da atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território e com capacidade de estar apta a dar resolutividade às questões que são apresentadas e/ou identificadas, frente a todos esses elementos que permeiam a efetivação da atenção, deparam-se com profissionais que não têm conhecimento acerca do SUS, enquanto política pública de direito, da formação generalista e da não compreensão de algumas discussões da saúde pública, como a saúde mental. Dessa forma, torna-se dispositivo estratégico para a transformação e utilização de outras práticas no campo da saúde, para a efetivação da assistência como, por exemplo, práticas que acolham, vinculem e que, na medida do possível, possam resolver os problemas em seu âmbito de ação, propiciando a constituição de novas formas de efetivação da assistência.

[...] embora a clínica na Atenção Básica seja muito complexa, não só pela necessidade de entender o sujeito (e não somente seu corpo), mas também pela necessidade de negociação da terapêutica, as corporações (especialmente a médica) tendem a negar esta complexidade. A superação dessa dificuldade institucional da Atenção Básica passa certamente pela aquisição e compreensão de uma diversidade de ferramentas e conhecimentos até certo ponto estranhos à Biomedicina, nascida e criada no hospital. É evidente que aspectos muito objetivos, como os modelos de atenção e gestão, a presença de espaços da Atenção Básica na formação dos profissionais e uma porcentagem maior de recursos do SUS direcionados a ela são essenciais, mas certamente não são suficientes. (CUNHA, 2005, p.37).

Assevera-se que a década de 1980 foi marcada pelo conjunto de medidas que promoveu a expansão da oferta de serviços, ampliando a cobertura e apoiando a integração das ações de saúde dos vários níveis de atenção e unificou o sistema de saúde. De acordo com Heimann e Mendonça (2005), o Ministério da Saúde em 1988 publicou o Manual para Organização da Atenção Básica através da PT/GM nº 3925/1998, com o objetivo de destacar a importância desse nível de atenção para a organização e conformação do sistema de saúde, o qual apresenta as orientações para o repasse, aplicação e controle dos recursos financeiros e, além disso, alguns instrumentos têm sido propostos para sua operacionalização, de modo a se alcançar a reorientação de atenção à saúde através de estratégias adequadas às condições locais e municipais, buscando assim ampliar as responsabilidades, ações e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios. Dentre as ações, deve ser destacada a relevância da Estratégia de Saúde da Família - ESF no processo de reorganização da atenção, tanto no que se refere à organização da atenção quanto ao aspecto desse estudo, que é lócus de pesquisa.

Nesse panorama, o Ministério da Saúde – MS teve como desafio a expansão da AB, buscando romper os paradigmas existentes em relação ao modelo de assistência à saúde vigente, na implementação de ações e na organização de serviços a partir das necessidades da população usuária, onde a AB é o primeiro nível de atenção que visa a organização do sistema de saúde no Brasil.

Na década de 1990, no governo de Itamar Franco a discussão da medicina de família reaparece no Brasil, na gestão do Ministro da Saúde, o Dr. Henrique Santillo. O programa foi elaborado numa perspectiva “vertical” do Ministério da Saúde, incorpora o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e caracteriza-se por uma continuidade e aprimoramento do mesmo. O PACS é o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Destacam-se, entre os programas, o enfoque na família e a prevenção. A ESF se pauta no desafio da atenção continuada, resolutiva e na realização de ações intersetoriais. Esse é um modelo de organização da atenção no nível primário, que se insere na AB. Torna-se relevante destacar que o conceito de AB vai além da assistência médica, integrando um conjunto de ações e serviços que se estruturam a partir do reconhecimento das necessidades da população e a valorização do vínculo entre os profissionais com a população e com a comunidade. Esta concepção

supera a proposição preventivista e se fundamenta no paradigma da “determinação social da doença”.

De acordo com Heimann e Mendonça (2005), em 1991, foi implantado o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS, que em 1994, já havia sido implantado em 13 estados da região norte e nordeste, totalizando 897 municípios e 29 mil agentes comunitários de saúde. Porém, em 1995, expandiu-se para a região centro-oeste com 34.500, totalizando 1.088 municípios, este foi antecessor da ESF. O PACS propõe uma transformação no modelo de assistência à saúde, porém, em 1994, com a implementação da ESF, buscava-se uma mudança ainda mais substancial na atenção à população usuária do SUS.

Soma-se ao exposto acima que o Ministério da Saúde em 1994<sup>31</sup>, adotou a ESF como um dispositivo para a reorganização do sistema de saúde, denominado, nesse contexto, de Programa de Saúde da Família - PSF. Segundo Heimann e Mendonça (2005), a ESF é resultado de inúmeros esforços em busca de “uma resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro, centrado na doença e na assistência médica individual e à fragmentação da assistência enquanto prevenção e cura” (p.488).

A decisão governamental de se implantar a Estratégia de Saúde da Família transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. (ANDRADE, BARRETO E BEZERRA, 2006, p. 802).

Em 1995, o Ministério da Saúde enfatiza, através do Plano de Ações e Metas Prioritárias, a ESF como prioridade na AB. Nessa conjuntura, em 1996, foi aprovada a Norma Operacional Básica – NOB que regulamentou incentivos para os PACS e ESF em função da insuficiência de recursos para o financiamento dos programas, que se efetivava a partir da lógica de pagamento por procedimentos. As mudanças na forma de financiamento propostas pela NOB 96 fortaleceram a ESF, porém só se efetivaram em 1998, quando se vivenciava a expansão deste modelo. (HEIMANN e MENDONÇA, 2005). Sobretudo, a partir de 1998, a ESF fortalece como uma estratégia de estruturação de atenção à saúde, pautada pela intersectorialidade das

---

<sup>31</sup> Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família, estamos utilizando a Estratégia de Saúde da Família, pois já foi instituído como política de Estado.



ações, no princípio da territorialização, da descentralização, da co-responsabilização e da equidade, buscando priorizar os grupos populacionais com mais risco de morrer.

Porém, o surgimento da ESF se efetivou numa conjuntura de crise e racionalização dos gastos em saúde, marcada pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e da reforma do Estado, evidenciando redução dos gastos públicos e focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais. Entretanto, a expansão da ESF representa a garantia do acesso a serviços de saúde, mas não significou a melhoria das condições de saúde da população como um todo, pois ainda se percebe uma necessidade de alteração, de rompimento com o modelo biomédico, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de ações focalizadas e meramente curativas, há uma necessidade de rompimento com esse modelo de atenção, contudo, é inegável que a implantação da ESF já proporcionou inúmeras mudanças na atenção à população usuária do SUS, como a facilidade no acesso, o acompanhamento das famílias, torna-se necessário privilegiar o desenvolvimento de ações que busquem a efetivação da integralidade, a promoção e prevenção de doenças.

A Estratégia de Saúde da Família já ocupa um papel importante na sociedade, mas ainda é necessário que os membros da equipe como os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde busquem a efetivação da atenção à população usuária de forma que entendam o contexto social onde estão inseridos e a realidade que circundam o seu cotidiano, compreendendo os usuários como sujeitos sociais. Como uma estratégia de fortalecimento da atenção básica, de substituição das práticas tradicionais e como a porta de entrada do SUS, na tentativa de ultrapassar o comportamento passivo das Unidades Básicas de Saúde, buscando compreender o indivíduo como sujeito social e integrante de uma comunidade, a ESF deve:

- I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre a postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população.
- III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

- IV – buscar a integração com as instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V – ser um espaço de construção da cidadania. (BRASIL/MS, 2006a, p.20).

A equipe de Saúde da Família, conforme preconiza o MS, é constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, com a cobertura de 4.500 habitantes, cada equipe é responsável por uma área de abrangência, totalizando de 600 a 1.000 famílias, variando de acordo com as diversidades regionais. A partir do ano 2000, foi incluída a equipe de saúde bucal, composta por um odontólogo e um técnico em higiene bucal. (BRASIL/MS, 2006b, p.10). De acordo com o Ministério da Saúde, podem ser acrescentados outros profissionais à equipe conforme a realidade local.

A ESF busca efetivar as suas ações de forma a desenvolvê-las pautadas na promoção e prevenção da saúde da população, propondo ultrapassar o viés biológico e curativo, em prol da prevenção e promoção da saúde, identificando as necessidades em saúde de um determinado território e organizando a demanda a partir da realidade de cada comunidade, das famílias, centrando assim, na desospitalização, no atendimento preventivo, a partir de ações sócio-educativas, evitando a necessidade de hospitalizar, e ainda, a diminuição das filas de atendimento nos serviços de saúde, recuperando os princípios da Reforma Sanitária.

A Estratégia de Saúde da Família – ESF-, além de garantir o direito de acesso aos serviços, visa reorientar as práticas de saúde pelo estímulo a ações de promoção e prevenção, reconhecendo os territórios sociais onde produzem doenças. Nessa busca da construção de novas práticas, as equipes de saúde da Família, os gestores e a participação social têm o papel central. Com 27.454 equipes presentes em 5.131 municípios e um impacto decisivo na melhoria dos indicadores de saúde, a cobertura do PSF já atinge 87,9 milhões de pessoas, conforme dados do SIAB/MS, de julho de 2007. Cerca de 220 mil agentes comunitários de saúde – ACS – encontram-se distribuídos em 5.313 municípios, cobrindo cerca de 110,8 milhões de pessoas. A cobertura do PSF varia com o tamanho do município: 88% nos menores de cinco mil habitantes; 61% nos menores de 50 mil; e 28% nos maiores de 500 mil habitantes. Nas cidades com mais de 100 mil habitantes, o Programa de Apoio à Saúde da Família (Proesf) vem promovendo importante aumento da cobertura. (BRASIL/MS, 2007c, p.12).

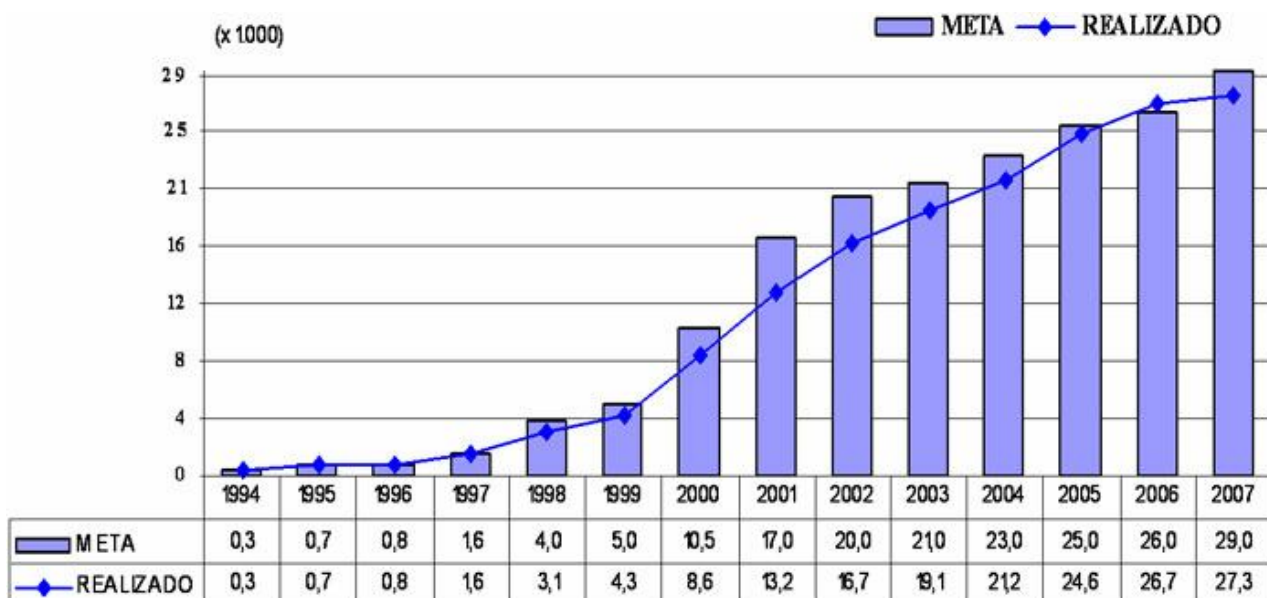
No que se refere a operacionalização da Saúde da Família, fica a cargo das Secretarias Municipais de Saúde, a integração da rede de serviços e a organização descentralizada do SUS, conforme diretriz regulamentada na Constituição Federal de 1988. Aos municípios, também cabe a garantia da infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, recursos materiais,

equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pelo MS e bem como realizar a seleção, contratação e remuneração dos profissionais que compõem as equipes.

A partir dos anos 1990, o Ministério da Saúde privilegiou a atenção básica com foco nos investimentos, buscando assim uma nova forma de produzir saúde, com a implantação de ações pautadas na prevenção, no acolhimento, na capacidade de estabelecer vínculos e outros. Mas, não se pode negar que o desafio imposto a esta equipe é ímpar, salutar, pois a realidade com que se deparam os profissionais no cotidiano de trabalho é desafiador, marcado por violência, fome, desemprego, ou seja, situação de extrema vulnerabilidade social.

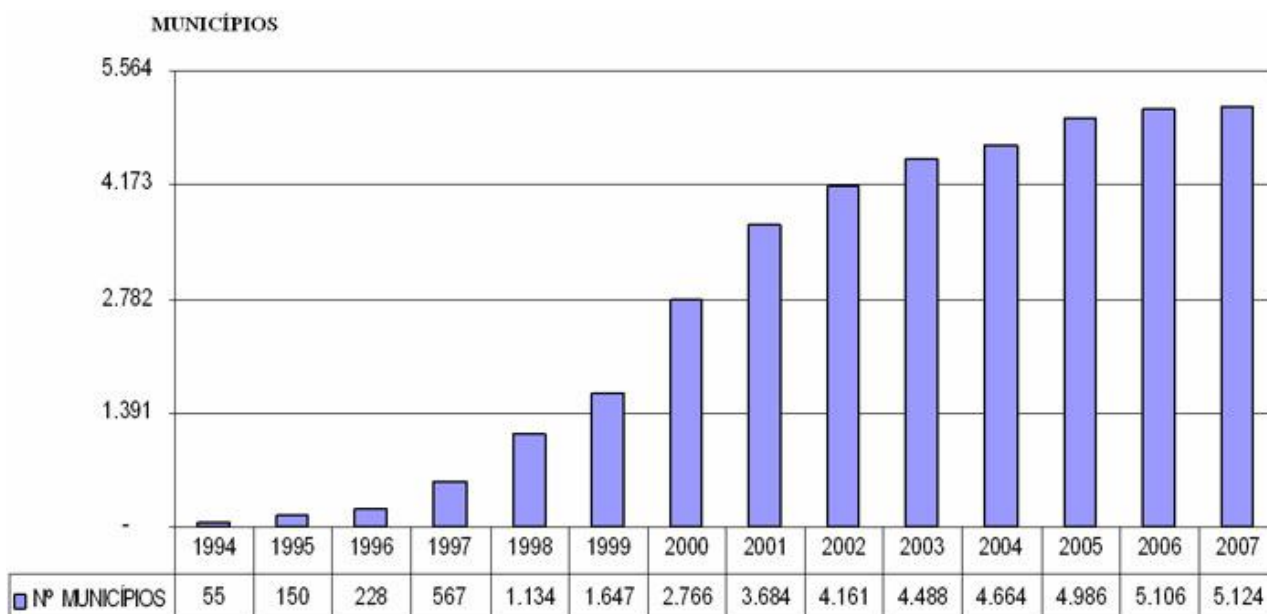
A operacionalização da ESF deve respeitar as especificidades de cada município e adaptar-se à realidade local, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. O seu desenvolvimento está vinculado ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, respeitando as particularidades geográficas. O crescimento e fortalecimento da ESF demonstram uma tendência inicial de cobertura de áreas menos assistidas pela saúde, que vão desde a pequenos municípios, distantes dos grandes centros urbanos até cidades de médio porte.

**Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas  
BRASIL - 1994 – NOVEMBRO/2007**



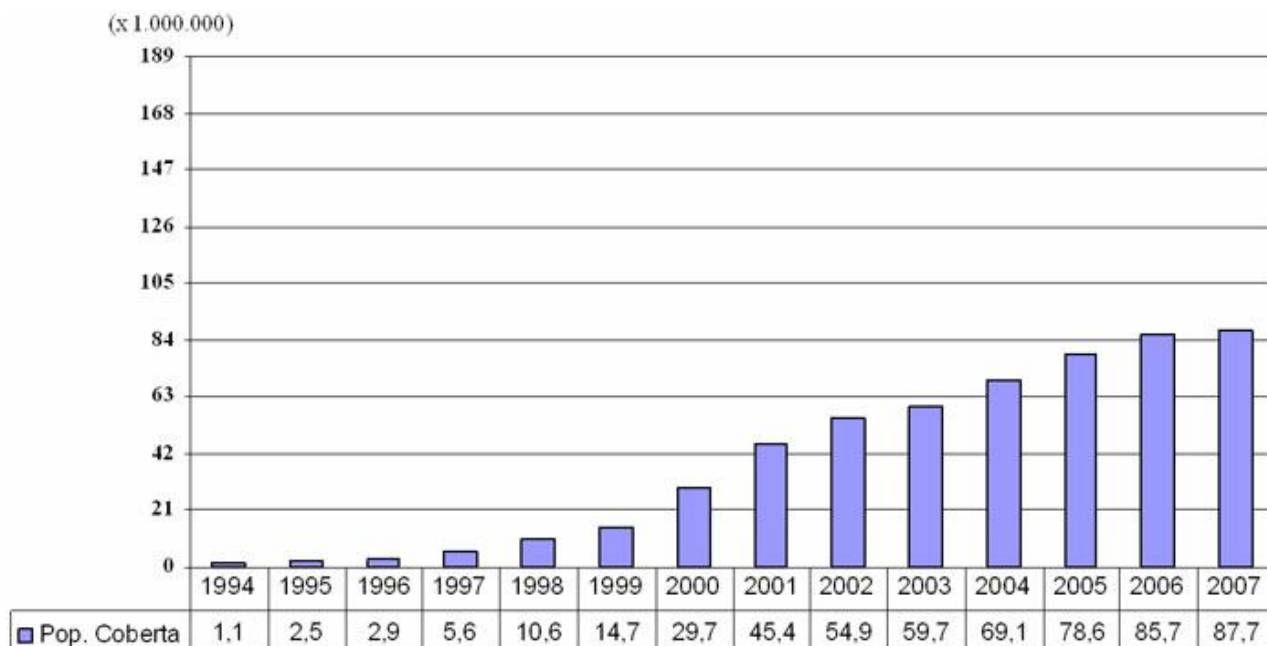
FORNTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

**Evolução do Número de Municípios com Equipes de Saúde da Família Implantadas  
BRASIL - 1994 – NOVEMBRO/2007**



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

**Evolução da População Coberta por Equipes de Saúde da Família Implantadas  
BRASIL - 1994 – NOVEMBRO/2007**



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: BRASIL/MS, 2008b.

Mesmo tendo como proposta a reorganização e fortalecimento da AB, a ESF se depara com inúmeros entraves, dentre eles se destacam a necessidade de capacitação, ou seja, a educação permanente para os profissionais, pautados na possibilidade de reestruturação dos serviços, a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos; a dificuldade de integração e interlocução das equipes da ESF à rede de serviços do SUS, da efetivação da interdisciplinaridade, da participação popular; do rompimento com as ações curativas, focada apenas para a doença do indivíduo e não para o indivíduo e seu contexto, a realização do trabalho interdisciplinar, pois ainda há o predomínio do saber médico sobre os demais profissionais da equipe. Para a efetivação dos objetivos da ESF, há uma necessidade de aproximação, articulação e vínculo com a população, bem como compreender a sua forma de organização e também do SUS, respeitando os princípios e diretrizes constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, a partir de uma visão da totalidade acerca dos problemas vivenciados pelos usuários e da efetivação da integralidade da assistência.

A ESF deve ser a porta de entrada do SUS, um sistema hierarquizado e regionalizado, mas, não pode se limitar a uma passagem, ou num simples encaminhamento aos demais níveis de complexidade do SUS, pois a equipe deve trabalhar com um mecanismo de acompanhamento contínuo e sistemático, indiferente do nível de complexidade da atenção. Dessa forma, as ações de saúde mental na AB devem observar o modelo da rede de cuidado, de base territorial e a transversalidade entre as diversas políticas, buscando o estabelecimento de vínculos fundamentados nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Essa articulação tem como princípios fundamentais a noção de território, a organização da atenção em saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares, através da criação de associação de usuários e familiares, da luta pela melhoria na assistência ao PTM. A assistência se efetiva a partir da lógica da responsabilização compartilhada dos casos, excluindo a lógica do encaminhamento e visa proporcionar o aumento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade.

É nesta perspectiva de fortalecimento da atenção básica que se criam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF<sup>32</sup>, através da portaria GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008 “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização da atenção básica.” (BRASIL, 2008a).

Contudo, a implantação da ESF imprimiu uma nova dinâmica de atenção à saúde, pautada na prevenção e na promoção, com a definição de responsabilidades e na lógica do território. É nesse contexto, marcado por inúmeros questionamentos e construções que se pretende efetivar a assistência ao Portador de Transtorno Mental pela equipe da ESF, na desconstrução de um modelo hegemônico, focado na lógica hospitalar, busca-se romper com este paradigma, a reversão da atenção, pautando-se pela integralidade, criação de vínculos comunitários, profissionais e reconhecimento deste na sua comunidade e família. Sabemos que essa mudança é um processo contínuo de desafios a serem superados e será necessário a compreensão e apoio dos PTM, familiares, comunidade, profissionais da saúde e gestores, pois nessa conjuntura ainda impera uma lógica conservadora e estereotipada.

## **2.2- A Integralidade e o cuidado na atenção à saúde mental**

Na tentativa de travar um debate acerca da integralidade e de sua efetivação na assistência em relação ao Portador de Transtorno Mental – PTM, torna-se necessário compreender a organização da sociedade a partir da lógica capitalista, no contexto caracterizado pela política neoliberal, marcado pela redução do papel do Estado, com a retração dos investimentos nas políticas sociais, trazendo implicações e rebatimentos na organização dos serviços, principalmente no que tange a perda de valores. Essas mudanças propiciam o privilegiamento do mercado, o cidadão consumidor, o individualismo, ou seja, os valores oriundos na racionalidade do mercado. É esse contexto que circunda o cotidiano da população brasileira, e particularmente o do PTM, que se depara com uma conjuntura “desfavorável” a sua inserção no mercado de trabalho e até mesmo na sua participação na sociedade

---

<sup>32</sup> Salientamos que posteriormente será realizada uma discussão acerca dos dispositivos estratégicos para a efetivação do cuidado em saúde mental.

civil. A partir desse contexto apresentado acima, a saúde se depara com inúmeros desafios como, por exemplo, a efetivação da integralidade na assistência nos diversos espaços sócio-ocupacionais, especificamente ao PTM.

A lógica neoliberal do sistema capitalista atual engloba os agentes econômicos como, por exemplo, o Estado e suas políticas setorializadas, focalizadas, que buscam o enfrentamento das múltiplas expressões da questão social em situações de extrema vulnerabilidade social. Essa forma de organização da sociedade traz profundas implicações nas relações sociais, possibilitando assim alterações que ocasionam perdas para a população, particularmente na oferta de serviços públicos e, especificamente na saúde. Nesse novo formato de organização, ocorre a precarização do emprego, das relações de trabalho, dos direitos trabalhistas, percebe-se uma organização que privilegia o mercado, o lucro, a produtividade. Tais fatores têm rebatimentos diretos no cotidiano dos PTM, ou seja, a não abertura da possibilidade de inserção no mercado de trabalho, a desvalorização enquanto cidadão e principalmente o não reconhecimento deste como um sujeito de direitos e de potencialidades e talentos.

É nesse contexto, marcado por inúmeros conflitos, contradições que a integralidade na assistência vem sendo apontada como uma das principais demandas em relação à atenção à saúde da população brasileira, um olhar crítico que se traduz na forma de efetivação do cuidar. O desemprego, a distribuição desigual de renda, a violência, a acumulação de mais valia nas mãos de poucos, tem rebatimentos diretos no agravo da saúde da população brasileira e expressa os limites do sistema de saúde. Porém, contrapondo a todos esses fatores, a Lei Orgânica da Saúde - LOS, que dispõe sobre as condições de saúde, a organização e o funcionamento de serviços, regulamenta em seu artigo 2º que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (p.01).

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL/LOS, 1990, p.01).

Dessa forma, a saúde é resultado de diversos fatores, que a LOS denomina de determinantes e condicionantes, não somente a ausência de doenças. Mas o que

percebemos a partir do advento da política neoliberal é a efetivação da redução de investimentos no âmbito da saúde, deparando com inúmeros óbices, no que se refere à efetivação do cuidado na assistência à saúde da população e particularmente o do PTM.

A emergência da integralidade está vinculada ao movimento de Reforma Sanitária no Brasil que buscava superar o modelo de atenção médico hospitalar vigente na década de 1970 e também de transpor a dicotomia entre preventivo, curativo, individual e coletivo. Desde a década de 1980, com a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária, já se questionava o modelo de saúde focado na doença, nas práticas fragmentadas, considerava-se necessário romper com essas características que permeavam o interior das instituições de saúde e materializar práticas pautadas na integralidade da assistência.

Essa se institucionalizou no contexto de consolidação da saúde enquanto política pública de direito e regulamentou-se na Constituição Federal de 1988. De acordo com Mattos (2006), a Constituição não utilizou o termo integralidade e sim destaca “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198), porém a terminologia integralidade é freqüentemente utilizada para indicar um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e regulamentados na LOS. A integralidade é uma “bandeira de luta” que emergiu no Movimento de Reforma Sanitária, frente à indignação da assistência à saúde na década de 1970, e expressa um conjunto de valores que buscam por uma sociedade mais humana e igualitária, um sistema de saúde universal e que efetive o texto constitucional.

Para Mattos (2007), a integralidade<sup>33</sup> foi proposta com a finalidade de indicar características acerca da organização, estruturação e “desenho” do sistema de saúde e suas práticas. O século passado foi marcado por ações pontuais, focadas nas doenças e no combate às epidemias. No entanto, a proposta da integralidade a partir da Constituição Federal de 1988, regulamentada na LOS como um dos princípios do SUS passa articular ações preventivas e assistenciais, buscando ultrapassar os limites deparados nos serviços, como a fragmentação da atenção, da perspectiva focalizada em relação ao usuário, e se pauta na valorização do sujeito,

---

<sup>33</sup>Para o autor o primeiro sentido da integralidade está vinculado ao movimento da medicina integral, “suas origens remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Em linhas gerais, a medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária.” (MATTOS, 2006, p. 46).



do contexto onde esse se encontra inserido. De acordo com Mattos (2007), “a noção de integralidade se manifestava de certa forma como uma indignação” ao modelo de saúde focado em responder às demandas apresentadas, pautado no modelo biomédico.

[...] Ao defender que ações preventivas e assistenciais estejam articuladas, advoga-se que os formuladores das diversas políticas de saúde devem levar em conta ambas as dimensões. Ao invés de pensar em políticas distintas para a assistência e para a saúde pública, defende-se políticas que garantam o acesso universal e igualitário que se façam necessárias, quer sejam tais ações preventivas, quer assistenciais. Nesse sentido, o princípio da integralidade tem repercussões sobre o arranjo das instituições governamentais voltadas para formular e implementar as políticas de saúde: deve-se buscar uma repartição da agenda que não facilite a dissociação das dimensões assistenciais e preventivas. (MATTOS, 2007, p.54).

Dessa forma, a articulação das ações assistenciais e preventivas tem inúmeros rebatimentos na efetivação do cuidado. A noção de cuidado vem sendo utilizada na atenção à saúde como uma ação integral, voltada para a compreensão da saúde como direito, que se encontra presente nos mais diversos e simples atendimentos realizados pelos profissionais da saúde como, por exemplo, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano na sua queixa que, na maioria das vezes, está vinculado à condição de vulnerabilidade social, ou às condições concretas em que vive, pois, conforme já destacado acima, ter saúde é resultado de inúmeros fatores, como econômicos, sociais, passando também pela ação integral da assistência. As políticas de enfrentamento às inúmeras doenças, que tem como referência a integralidade da assistência se pautam pelas ações preventivas e assistenciais. O cuidado é o fio condutor da integralidade, através da ampliação da organização da assistência à saúde e a formação de rede de cuidadores. Mas para a efetivação dessa rede, segundo Junior, Alves e Alves (2005) há a necessidade de aprender alguns elementos como:

**Acessibilidade:** cada nó pode e deve conectar-se a outros nós, o que implica acesso irrestrito da população, de tal forma que quem necessita/quer deseja atendimento possa ser dignamente acolhido, seja qual for a porta escolhida como meio de acesso.

**Resolutividade:** o trabalho dos profissionais deixa de ser uma atividade solitária. A perspectiva de equipes multiprofissionais passa a ganhar espaço nos ambientes de trabalho, onde os projetos terapêuticos devem ser formulados diante das histórias de vida que chegam aos serviços.

**Preservação da autonomia:** o trabalho em saúde, constituído em malha, implica capacidade de maleabilidade, demandando, portanto, uma prática

de escuta, não só relativa àquele que procura/necessita os serviços, mas entre os diferentes profissionais implicados no atendimento, direta ou indiretamente.

Direito à informação e divulgação de informações: não significa necessariamente que todos deverão saber tudo, mas que devem ser pensadas formas de acessar, discutir, construir/desconstruir desde os conceitos até rotinas de trabalho.

Responsabilidade: na relação entre os profissionais e deles com a população. O trabalho em malha traz a possibilidade de invenção (não só de novas técnicas e tecnologias, mas da vida e de variadas possibilidades de existências) e, portanto, de responsabilização frente ao criado, ao inovado.

Regionalização e hierarquização: cada nó, como uma unidade produzida e produtora de linhas e fluxos, caracteriza-se como ponto de entrada da rede, devendo estar o mais acessível aos usuários, por proximidade geográfica e facilidade de ingresso assistencial, produzindo a intercomplementariedade entre todos os serviços. (CECCIM et al. apud JUNIOR, ALVES E ALVES, 2005, p.111-112).

Conforme apontado pelo autor, a efetivação da rede envolve diversos fatores que necessitam interagir entre si, enfatiza-se que uma rede não é restrita aos serviços de saúde, deve realizar a articulação com outros dispositivos da sociedade, como, por exemplo, o apoio da família, associação de moradores e de grupos de geração de renda, movimentos sociais, igrejas, escolas e outros serviços que compõem a rede de proteção social. Nessa perspectiva, entende-se que a saúde é uma política de caráter transversal, que não pode ser compreendida somente a partir do viés biológico, pois está relacionada a outras políticas públicas como, por exemplo, a assistência social, habitação, educação e outras, dessa forma, destaca-se a relevância da intersectorialidade da saúde, pois proporciona “uma visão mais ampla das diferentes possibilidades de interesses comuns e de ação integrada e compartilhada no interior de diferentes instâncias de política pública.” (VASCONCELOS e MORGADO, 2005, p.32).

Segundo Pinheiro (2006), as instituições de saúde são locus privilegiado para efetivação da integralidade, a partir de práticas que viessem ao encontro da realidade da população usuária, mas essas deverão ser construídas e consolidadas diariamente, no interior das instituições e com a participação de diversos atores. Os profissionais de saúde, de uma forma geral, devem atentar não somente na doença, mas na história de vida trazida pelo usuário, o seu sofrimento, as condições concretas apresentadas por ele, pois é a partir desse contexto, a partir da interação,

interlocução dos usuários com os profissionais de saúde, considerando aspectos objetivos e subjetivos, que se efetiva a integralidade na assistência.

A ação integral é compreendida a partir das relações construídas entre profissionais de saúde, usuários e comunidade de uma forma geral, mas de maneira respeitosa, com atenção, vínculo e acolhimento. Visa a valorização e a compreensão da realidade vivenciada pelos diversos sujeitos, o reconhecimento do contexto onde está inserido, buscando efetivar a integralidade da assistência, a partir da interlocução com as demais políticas públicas, uma vez que a saúde é resultado de fatores determinantes e condicionantes, conforme previsto na LOS e perpassa por inúmeras políticas.

Para Pinheiro e Guizardi (2006), a integralidade é um dispositivo político, de críticas e saberes instituídos, através de ações cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos institucionais em saúde. Esta não se constitui de técnicas eficazes, é um princípio e uma prática social que tem ocupado os diversos espaços e instituições e implica no reconhecimento de diferentes visões de mundo.

Os autores afirmam que a integralidade foi definida como dispositivo jurídico com o objetivo de assegurar aos indivíduos nos diversos níveis de complexidade, ou seja, desde a atenção básica até a alta complexidade, bem como a compreensão do indivíduo a partir das especificidades apresentadas até a compreensão da totalidade. Buscando fomentar o debate acerca da integralidade, apresentamos a discussão realizada por Vasconcelos e Morgado (2005), que fornecerá subsídios que proporcionarão a apreensão da temática.

**A integralidade como princípio integrador de práticas preventivas e assistenciais de diferentes níveis de complexidade:** este parece ser o sentido de integralidade indicado na Constituição Federal, em sua referência ao Sistema Único de Saúde [...]. Uma atenção que se proponha integral não deve atuar apenas nas demandas explícitas de cuidado e assistência de seus usuários ou que já se expressam em sofrimento ou risco visível, mas também investigar a presença de problemas que não emergiram ainda como tais, mas que certamente se expressarão como sofrimento ou vulnerabilidade social aberta mais tarde [...].

**A integralidade como princípio orientador da organização e do processo de trabalho:** programas de assistência e suas equipes de trabalho são obrigadas a definir suas ações prioritárias e implementar sua institucionalização, mas se constituírem uma estrutura muito rígida de serviços, podem negligenciar necessidades que não haviam sido contempladas no momento do planejamento, ou sejam, ficam restritas ao instituído e se fecham no instituinte [...].

**A integralidade como princípio integrador de práticas de políticas:** As políticas e programas sociais visam atender a problemas setoriais ou grupos de necessidade da população; a sua organização e institucionalização tendem a verticalização, sem integração horizontal entre as áreas de intervenção. Neste contexto, integralidade significa uma recusa dos trabalhadores engajados em uma política setorial em reduzir os sujeitos de sua intervenção a objetos descontextualizados e fragmentados, ampliando o horizonte de problemas integrados à intervenção e, de certa forma, transgredindo as separações muitas vezes artificiais das políticas setoriais. Nesta direção, a integralidade está intimamente associada à interdisciplinaridade e à intersetorialidade (p.34 - 35) (grifo da autora).

Conforme apontada pelos autores a integralidade perpassa por vários eixos, que vai desde a regulamentação na Constituição Federal de 1988, que deve estar presente nos diversos níveis de complexidade, que orienta a organização do processo de trabalho, com ênfase na transversalidade das políticas sociais, mas contudo, sabemos que a sua efetivação no âmbito da atenção à saúde é desafiador, que perpassa por diversos setores e saberes profissionais. Dessa forma, a integralidade ainda é vista como um “objetivo de difícil apreensão e operacionalização” (PINHEIRO e GUIZARDI, 2006, p.23), deparam-se nas mais diversas instituições com uma grande dificuldade em compreender o seu “real” significado, de efetivação no âmbito da assistência prestada; estas têm rebatimentos na concretização da política de saúde enquanto direito, pois as práticas realizadas no interior das instituições decorrem, na maioria das vezes, permeadas pela fragmentação, focalização da assistência, sem privilegiar a história de vida, seus valores e crenças.

No bojo das transformações das práticas em saúde torna-se possível apreender rupturas de ordens instituídas e fomentar novas práticas no interior dos serviços de saúde que busquem romper com o paradigma hegemônico e que se pautem pelas concepções que potencializam uma nova forma de diálogo entre sociedade civil, Estado e profissionais de saúde. Há uma necessidade de potencialização de novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde e a construção de novos laços de efetivação de saberes e práticas que buscam a construção de vínculos, ampliação do acesso e da efetivação do cuidado.

[...] O atendimento integral, ainda que referido à estrutura organizacional no tocante à hierarquização e regionalização da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do Sistema de Saúde, requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de

aprendizado e de prática e a incorporação da escuta ao andar da vida, tanto na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, como na orientação terapêutica ou de proteção das condições produtoras da própria vida. Os problemas de saúde não são jamais senão componentes de uma história de vida e de uma história de relações, são elos e produzem efeitos na rede complexa de produção da vida. Quaisquer sinais, sintoma ou doença, em si ou em agentes de nossas relações, são produzidos e produzem *vivências* em nós, não podendo, estas vivências, ser descartadas nas ações do cuidado e tratamento, seja porque requerem elas mesmas uma intervenção terapêutica, seja porque seu reconhecimento redesenha o projeto terapêutico de cada caso ou situação sob atenção. (CECCIM e FERLA, 2007, p. 214).

Segundo Pinheiro e Guizardi (2006), a integralidade tem configurações múltiplas, é uma diretriz política e assume “o cuidado em saúde como expressão de sua potência como crítica da validade universal da racionalidade ocidental moderna, no que concerne à sua organização social, ciência e cultura” (p.26-27). A construção da integralidade implica um deslocamento da concepção de atuação no campo da saúde, ou seja, uma aproximação do agir e da noção de cuidado, a partir de uma construção coletiva, como exemplo, podemos citar a Estratégia de Saúde da Família - ESF que tem a integralidade como eixo norteador da sua organização, através de reorganização do processo de trabalho e a construção de laços entre a equipe e a comunidade assistida para a concretização da assistência. Essa é a porta de entrada, encontra-se na atenção básica da assistência e deve estar integrada aos demais serviços da rede e nos diversos níveis de complexidade.

Em relação à concepção da integralidade pela população usuária dos serviços públicos de saúde, revela-se uma indignação acerca da forma como se efetiva a relação entre profissionais e usuários. Esses apresentam inúmeras queixas em relação à dificuldade de acesso ao atendimento, à permanência em filas intermináveis, à demora para o atendimento e, principalmente, à relação “entre quem oferece o serviço e quem dele necessita”. Sendo assim, o princípio da integralidade se organiza a partir de três conjuntos de assistência:

O primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde; nele a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção do profissional. A integralidade não é vista apenas como atributo da boa prática da biomedicina, mas um atributo que deveria permear a prática de todos os profissionais da saúde, independente de ela se dar no âmbito público ou privado. O segundo conjunto diz respeito à característica da organização dos serviços, na qual se critica a dissociação entre práticas de saúde pública e as assistenciais. Os serviços de saúde organizados exclusivamente para dar conta de doenças de uma população tornaram-se inaceitáveis, e deveriam estar aptos a realizar uma apreensão

ampliada das necessidades da população atendida. O terceiro conjunto de sentidos da integralidade aplica-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos. Neste sentido, a integralidade é representada pela recusa dos formuladores de políticas públicas em reduzir objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais tais políticas irão incidir. Por outro lado, se expressa na convicção de que a resposta do governo a certos problemas de saúde pública, deve incorporar as possibilidades de promoção, prevenção das doenças, cura e reabilitação. (MATTOS apud JÚNIOR e MASCARENHAS, 2006, p.242).

Desta forma, pode-se perceber que a integralidade é compreendida a partir de vários eixos, conforme Pinheiro e Mattos (2006), o termo é polissêmico e a partir deste conjunto, principalmente no que se refere ao cuidar e a interação entre os diversos atores envolvidos se efetiva a integralidade no cuidado à população usuária. Para a efetivação do cuidado, há uma necessidade de concretização do diálogo de forma respeitosa, que demonstra interesse pelo problema, aceitação, dizemos, o diálogo é “densidade material” para efetivação da integralidade, é resultado de uma ação mútua e do rompimento com uma relação fria e impessoal, não há diálogo sem aceitação recíproca das condições dos diversos sujeitos. A construção do cuidado tem desafiado a organização de serviços públicos de saúde, pois há uma necessidade de romper e ultrapassar a competência técnico-científica, ou seja, o modelo médico hegemônico onde as ações de saúde têm se estruturado.

O modelo médico hegemônico a orientar grande parte das práticas de saúde dos serviços públicos é pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades. Nesse modelo biomédico, existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e cuidado integral à saúde. (LACERDA e VALLA, 2006, p.91).

As mudanças sócio-políticas e econômicas têm proporcionado diversas inquietações e também uma demanda de cuidados que vão além dos saberes médicos, principalmente em função do processo drástico da especialização da medicina, implicando assim uma cisão da medicina e o ser humano. Há uma necessidade de concretização de outras formas de tratamento que não sejam exclusivas da medicina e que apresentem características transformadoras das práticas de saúde e das relações sociais hoje estabelecidas. Torna-se emergente e latente uma demanda para a assistência integral, subsidiada pela valorização do sujeito, do cuidado em detrimento do mero atendimento técnico-assistencial.

Existe um limite do modelo biomédico em cuidar de questões subjetivas, do sofrimento, da dor, no entanto, o ato de cuidar, de ouvir, de estabelecer uma relação entre profissionais e usuários, pode diminuir o sofrimento, a dor, o adoecimento. (VASCONCELOS, Eymard, 1998). É preciso considerar todos os aspectos apresentados pelo sujeito, sendo eles de ordem física, emocional, objetivas ou subjetivas, pois rebatem na compreensão e assistência do processo saúde – doença, os sujeitos precisam se sentir cuidados e acolhidos.

Dessa forma, compreende-se o cuidado como resultado de uma ação integral, a partir da realização de uma interlocução entre profissionais de saúde, seja numa perspectiva interdisciplinar<sup>34</sup> e da intersetorialidade<sup>35</sup>, que valorize o sujeito na sua particularidade, buscando a efetivação de uma troca, de estabelecimento de vínculos e de valorização do sofrimento. O cuidar faz parte da necessidade do ser humano, implicando no reconhecimento do sujeito e de seu ambiente, do contexto familiar, ou seja, das condições concretas onde se encontra inserido.

O cuidado faz parte da existência humana, um ato contínuo e de respeito ao outro, às suas queixas, histórias de vida e de respeito ao próximo, é uma atitude interativa e que inclui o envolvimento e relacionamento entre ambas as partes e compreende o acolhimento do sujeito e de práticas que vão além do saber médico e sim de uma interlocução entre os profissionais e comunidade. O cuidado ganha sentido a partir dos interesses e necessidades dos sujeitos envolvidos, articulando saúde, doença e conjuntura sócio-econômica e cultural dos sujeitos.

Enfatiza-se que é possível transformar as práticas tradicionais de saúde existentes no cotidiano dos serviços de saúde, no interior das práticas da estrutura administrativa e política, principalmente através do diálogo, interlocução entre sociedade civil e Estado, para articulação das diversas concepções de mundo e estratégias de intervenção, a partir de práticas e idéias transformadoras.

---

<sup>34</sup> De acordo com Vasconcelos (2002a) esta se pauta na reciprocidade, “[...] enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados” (p.46). Constituem em intervenções participativas, a partir da interação entre os membros da equipe, onde trocam ,pactum valores, saberes, problemáticas. Segundo o autor estas podem levar a produção do conhecimento, aprendizagem mútua e troca de saberes.

<sup>35</sup> Para Vasconcelos e Morgado (2005) “implica em uma concepção mais global e engajada de programas de desenvolvimento econômico e social que articulem as diversas agências governamentais e da sociedade civil em um planejamento global e estratégico coerente, promovendo ações integradas e colaborativas em rede, com referência no território” (p.32).

Acreditamos que o modo de saber-fazer integralidade, pautado na busca por novas formas de cuidado, com respeito às 'diferentes concepções de mundo' existentes, seja uma alternativa para a construção de uma política de saúde integral e em sintonia com as expectativas da população brasileira. (MACHADO, PINHEIRO e GUIZARDI, 2006, p.72).

Não podemos deixar de salientar que o cuidado diminui o impacto do adoecimento e ao mesmo tempo, a ausência de cuidado implica no descaso, abandono, agravando o sofrimento das pessoas e proporcionando o aumento do isolamento social. O cuidado tem um papel relevante em relação aos sintomas/doenças apresentados pelos sujeitos, pois pode não ser possível curá-lo, mas esse é uma estratégia possível para a garantia de apoio e assistência em um momento de sofrimento. Nesse sentido, em situações de vulnerabilidade e sofrimento torna-se relevante o cuidado sistemático dos usuários e seus respectivos familiares como estratégia de imprimir um mínimo de atenção, assistência e apoio, pois essa prática terá rebatimentos e estimulará o mesmo a enfrentar os problemas que o circundam.

Essa é uma dimensão da integralidade, que perpassa pelas práticas da saúde e não pode restringir-se apenas às competências técnicas. O cuidar demanda a busca pela compreensão da totalidade do indivíduo, do apoio, considerando os aspectos, sociais, econômicos, políticos e outros. No que tange à integralidade, ocorre uma mudança na alteração da relação profissional e usuários do sistema de saúde, ultrapassando a construção de vínculo e responsabilização, mas acarretando uma mudança na "relação de poder de técnico e usuário." (TEIXEIRA, Ricardo, 2007, p.93).

Apesar de alguns profissionais não terem a visão da totalidade não o impede de cuidar, pois os sujeitos precisam ser ouvidos e respeitados a partir de sua necessidade apresentada, considerando que os mesmos têm o seu próprio saber e cultura adquiridos através de inúmeras experiências de vida. Alguns profissionais normatizam regras que priorizam saber técnico e desconsideram o saber popular. É preciso compreender que o processo de adoecimento tem rebatimentos profundos na vida dos sujeitos e que a forma de cuidar imprime mudanças no enfrentamento da situação deparada por ele.

O cuidado é resultante da prática individual ou coletiva, relacionado ao aspecto subjetivo, ou objetivo, construído a partir das relações vivenciadas pelos profissionais e sujeitos, desta forma, a integralidade torna-se eixo fundamental para



a organização das práticas, no planejamento, estruturação dos serviços de uma forma geral. A construção do cuidado se fortalece à medida em que os vínculos são estabelecidos, os valores dos sujeitos respeitados, que articula saúde e doença ao contexto sócio-econômico e cultural, assim, o cuidado se estabelece de forma integral. De acordo com Cecílio e Merhy (2007), “a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede” (p.201), a partir da interação entre os setores, seja da saúde, assistência social, educação e outros, bem como a interlocução com os dispositivos comunitários, através da associação de bairros e demais grupos existentes.

A efetivação do SUS enquanto política pública de direito, pautado na efetivação dos princípios e diretrizes constitucionais, ou seja, a reorganização do SUS, tendo como base os princípios da universalidade do acesso, integralidade na assistência, equidade, resolutividade, participação popular institui um desafio para a saúde pública brasileira. A partir da década de 1990, têm-se empreendido inúmeros esforços para a reestruturação da Atenção Básica, a partir da ESF, porém, muitas equipes mantêm a assistência tradicional aos usuários, no entanto, a busca pela efetivação da integralidade tem proporcionado aos médicos da família uma necessidade de mudar a lógica de atendimento e assim compreender a causa da doença de forma diferenciada. (BONET, 2007).

Percebe-se que o debate acerca da integralidade tem-se tornado enriquecedor e fomentado a ampliação acerca da compreensão da forma de cuidar, considerando desde a organização dos serviços até a gestão dos sistemas, todavia, observa-se que estas discussões ainda são incipientes para proporcionar mudanças significativas na produção do cuidado. Portanto, as instituições de saúde assumem papel estratégico na busca de conhecimento para subsidiar as novas formas de intervir e produzir integralidade na saúde, na medida em que reúnem as distintas perspectivas e interesses na assistência. As instituições de saúde são locus privilegiado na construção da integralidade na saúde, de acordo com Conh (2005), a partir dos estudos realizados para o acompanhamento das mudanças ocorridas nos diversos serviços, é possível perceber as inúmeras experiências, a realização da interlocução com outros serviços, apontando para a constituição de novos significados e práticas de saúde. Nessa conjuntura, há o privilegiamento da participação dos atores sociais, das práticas desenvolvidas nas instituições e é nesse espaço que as políticas se materializam e promulgam as diversas formas de produção de saúde.

Na busca pela construção de um sistema de saúde pautado na assistência, no cuidar, depara-se com inúmeros desafios, pois há uma necessidade de publicização política da saúde diariamente, visando romper com o modelo tradicional de saúde, principalmente no que tange ao foco na doença, a partir de múltiplas experiências profissionais desenvolvidas na perspectiva de efetivação do cuidado, envolvendo assim, sociedade civil, profissionais de saúde e Estado. Dessa forma, a integralidade passa a ser eixo norteador das práticas desenvolvidas por estes protagonistas que buscam a construção de um sistema de saúde universal, ancorado nos princípios da Reforma Sanitária, produzindo assim experiências inovadoras.

Segundo Pinheiro e Luz (2007), “nas duas últimas décadas, o sistema de saúde brasileiro passou por profundas transformações em suas constituições política, jurídica e organizacional, com expressiva expansão da assistência médica oferecida à população (p.23)”. Essas têm possibilitado a efetivação de práticas inovadoras nos serviços de saúde.

Porém, o Sistema Único de Saúde depara-se com desafios no âmbito da sua organização, estruturação, ou seja, na efetivação de um sistema de saúde pautado para atender às necessidades da população usuária. Segundo Júnior, Merhy e Carvalho (2007), o SUS encontra-se com “dificuldade de se atuar em um terreno de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas bem estruturadas social e historicamente, como nos modelos tecnoassistenciais em saúde” (p.115). Entretanto, no cotidiano das instituições e serviços de saúde, a partir de experiências inovadoras desenvolvidas, vislumbra-se a possibilidade de novas maneiras de produzir saúde, pois acredita-se que as equipes de saúde podem produzir conhecimento acerca da demanda apresentada pelo usuário a partir de práticas investigativas e de caráter transversal, gerando a integralidade na assistência e utilizando-se de dispositivos comunitários.

É possível perceber que, diariamente, os profissionais de saúde se deparam com finalidades divergentes no que se refere à intervenção profissional, principalmente no que tange à garantia da integralidade da assistência aos usuários, mas, no entanto, essa característica é oriunda do processo de formação acadêmica, que ainda não tem uma perspectiva de formação ancorada na prática compartilhada. (ARAUJO, 2007, p.148).

Na atual conjuntura, defronta-se com uma sociedade marcada pela violência, o desemprego, o uso abusivo de substâncias psicoativas, a precarização das condições de trabalho, o que demonstra uma afirmação da lógica capitalista neoliberal, com inúmeros rebatimentos no âmbito da saúde, pois esses fatores contribuem para a diminuição da saúde da população brasileira, aumentando, a cada dia, a demanda por serviços de saúde e, segundo Lacerda e Valla (2007), tem ocorrido o aumento das demandas psicossociais nos serviços públicos.

Porém, é nesse contexto adverso que a integralidade deve se materializar, mas para tal, é preciso que os profissionais de saúde entendam as necessidades da população e, a partir daí estruture o seu trabalho buscando responder as atuais demandas da população. É dessa conjuntura que a integralidade emerge como um princípio organizador dos serviços de saúde e pela luta contínua de apreender as necessidades da população, criando vínculos com a comunidade e respeitando as suas especificidades. Mas para a efetivação da integralidade há uma necessidade de ser trabalhada em várias dimensões, ou seja, através do esforço da equipe, o diálogo da sociedade com profissionais e poder público, a participação da população, através dos conselhos, fóruns, conferência e da gestão democrática. (CECÍLIO, 2006).

A saúde é um direito fundamental do ser humano reconhecido internacionalmente, é uma prática social, pautada na universalidade do acesso e na integralidade. Mas conduzir o trabalho em saúde para a efetivação da integralidade da atenção e do cuidado impõem-se inúmeros desafios, necessita-se de uma visão crítica acerca das atividades desenvolvidas na identificação das demandas de forma ética, estabelecendo escuta de forma respeitosa.

### **2.3 - Decifrando a Saúde Mental na Atenção Básica: desafios e conquistas**

É nesse contexto, marcado por inúmeros desafios para a efetivação da integralidade, que trataremos da particularidade da saúde mental, no intuito de apreender esforços e levantar questões para a reflexão, pois, é no ato da formação de vínculos, de escuta, de troca, que se depara com o Portador de Transtorno Mental - PTM, como um sujeito de direitos e que também é usuário do SUS em todos os níveis de complexidade, ou seja, na Atenção Básica, Média e Alta

Complexidade. É a partir da perspectiva da efetivação da integralidade que se busca romper com o paradigma que norteia o cotidiano do PTM, marcado por preconceitos, estereótipos, maus tratos, segregação e, principalmente, no que tange a inserção desse nos demais serviços de saúde e também na comunidade onde vive, ele não é usuário somente de um serviço de saúde mental especializado, mas sim de uma rede de serviços que compõem o sistema de saúde brasileiro. Porém, essa visão acerca da forma de cuidar do PTM ainda não compõe o cotidiano de todos os profissionais de saúde, gestores, poder público de uma forma geral e também da sociedade civil, uma vez que ainda permanece estigma de que ele é louco e precisa de um “local específico” para se tratar.

Segundo Alves (2006), para compreender a saúde mental na perspectiva da integralidade, é necessário considerar ‘os novos paradigmas da atenção em saúde mental’, como os CAPS, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, a lógica da assistência pautada na descentralização das ações, com o foco no cuidado, a partir de suas necessidades apresentadas e referenciando para seu território de origem, nos serviços, programas na sua comunidade. É preciso considerar os novos dispositivos estratégicos para a realização do cuidado, que aponta para a desconstrução da lógica asilar e o surgimento de serviços abertos e comunitários.

Buscando travar um debate acerca da discussão a respeito da integralidade da assistência ao PTM, é necessário compreender algumas características que marcaram a trajetória histórica do mesmo na sociedade brasileira, como a precarização da assistência, principalmente no que se refere ao quadro clínico, pois a lógica de atendimento se pautava por reencaminhá-los aos serviços de referência em saúde mental, considerando que somente os profissionais desses serviços têm condições de assistir, de cuidar. Para Alves (2006), essas “práticas têm como base a forte influência nosológica ou toxonômica das intervenções em saúde, sobretudo a partir da influência norte-americana na formação dos profissionais de saúde, o chamado modelo flexneriano, implantado a partir dos anos 40” (p.169). Esse modelo foi marcado pela “seleção e exclusão que caminharam juntas” (p.169). Na verdade, o que se observa é ainda o privilegiamento de encaminhamentos voltados para os serviços de referência em saúde mental.

No início dos anos 1990, estabeleceram-se novos paradigmas relacionados à atenção ao PTM, segundo Alves (2006), substituiu-se a palavra ‘tratar’ que implica em um diagnóstico, doença, para a terminologia ‘cuidar’, apresentando mais

proximidade em relação à prestação de assistência ao PTM e também retratando uma nova possibilidade de enfrentamento dos inúmeros problemas que circundam o cotidiano dos PTM e os desafios, rompendo com idéias conservadoras que fizeram parte do “trato” do mesmo no decorrer de longos anos, como a “seleção e exclusão”. De acordo com o autor, a integralidade está vinculada a algumas terminologias, como por exemplo: “inclusão, exclusão, seleção e cobertura”, ressalta que o campo da saúde mental foi o primeiro a desenvolver o trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade e a intersectorialidade.

É nesse contexto da década de 1990, marcado pelas mudanças no cuidado ao PTM e pela Declaração de Caracas, que se reivindica a assistência pautada pela lógica do território, da responsabilização, da oferta diversificada de serviços, buscando trilhar uma reconfiguração na atenção ao PTM, ou seja, das políticas de saúde mental no Brasil. Dessa forma, a integralidade da assistência ao PTM se efetiva a partir da realização do cuidado, do respeito, da valorização da sua história de vida, da sua cultura, principalmente na busca pelo rompimento de paradigmas da saúde mental, como o modelo hospitalocêntrico, a segregação, isolamento, sua desvalorização como ser dotado de capacidades, talentos e também como cidadão de direitos. Há uma necessidade urgente de quebra desses paradigmas, pois a sociedade ainda permanece permeada de idéias conservadoras no que refere ao cuidado ao PTM, principalmente na centralidade da intervenção do hospital psiquiátrico.

Evidencia-se uma necessidade de superar esses estereótipos que circundam e assombram a assistência ao PTM e, principalmente, permanecer na luta pela efetivação do cuidado pela atenção básica, ou seja, através da Estratégia de Saúde da Família – ESF, pois são nesses espaços que existem a possibilidade de efetivação da assistência, principalmente no que se refere à lógica de território, de responsabilização e da integralidade. É preciso negar o isolamento, a internação psiquiátrica, o cárcere privado, o preconceito, os maus-tratos, a segregação, o desrespeito, contrapondo esse quadro, através da utilização de estratégias que busquem superar essa situação com intervenções pautadas em práticas que aliem o cuidado, o respeito, à valorização, não só o diagnóstico e sim um olhar integral da assistência. Benedetto Saraceno<sup>36</sup> citado por Alves (2006), salienta ser necessário “superar a idéia de modelos e trabalhar com premissas”, acredita na acessibilidade,

---

<sup>36</sup> Diretor do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde nessa conjuntura.

aliada à “geografia, como local, fluxo viário, barreiras físicas e outras; turnos de funcionamento, como serviço único e integrado e menu de programas: assistência, reinserção, lazer, hospitalidade, trabalho” (p.172). Para o autor, a integralidade está subentendida a partir dos indicadores destacados acima e a interlocução entre eles.

A integralidade da assistência ao PTM se efetiva a partir de ações pautadas no cuidado, no respeito, na escuta, na sua participação em grupos de educação para a saúde, conforme demanda ou necessidade, como por exemplo: grupos de hipertensos, diabéticos, como também palestras, atividades desenvolvidas pela equipe de saúde na comunidade e também das atividades realizadas pela própria comunidade em que vive.

Para a efetivação da integralidade, há uma necessidade de realização da interlocução entre os diversos atores envolvidos, a diversificação da oferta de serviços, a realização da interação dos serviços de saúde, com os serviços da educação, assistência social, habitação, meio ambiente e desses com a comunidade, numa abordagem intersetorial das políticas públicas. Há uma necessidade de diversificação das ações desenvolvidas como estratégia para efetivação do cuidado integral, evitando assim a segregação e separação dos PTM.

Atualmente, o dispositivo estratégico na saúde mental é o CAPS, que também é denominado serviço comunitário e que busca realizar a interlocução destacada acima, bem como desenvolver ações voltadas para os familiares dos PTM, comunidade. No entanto, mesmo contando com o CAPS e outros serviços, aponta-se também para a necessidade de crescente cuidado ao PTM na atenção básica, a partir da ESF, através do compartilhamento de saberes e olhares. O CAPS é um dispositivo estratégico para o acolhimento da crise e de atenção contínua, após a crise, o PTM deve ser encaminhado para serviços abertos e comunitários, com a finalidade de realização de acompanhamento sistemático.

Conforme já discutido, o cuidado pressupõe atitude, uma ação de troca, “premissas fundadoras” que, segundo Alves e Guljor (2006), pauta-se, primeiramente, pela liberdade, negando assim o isolamento, a hospitalização do PTM, prática comum e recorrente no trato ao mesmo, é preciso proporcionar-lhe livre-arbítrio, permitindo assim uma nova possibilidade de vida, através do estabelecimento do convívio social, podendo ele realizar suas escolhas e traçar um novo caminho. Para os autores, a segunda premissa é a da “integralidade em negação à seleção”, é preciso considerar todos os aspectos que permeiam o

cotidiano do PTM, não só a doença, os sintomas apresentados. E a terceira premissa destacada por Alves e Guljor (2006) é a “enfrentamento do problema e do risco social”, que proporciona uma visão mais ampla do PTM, pois considera o contexto onde está inserido, a rede de proteção social.

Salienta-se também que nessa conjuntura de ruptura e novos paradigmas em relação à assistência ao PTM, é preciso compreendê-lo como sujeito de direitos, principalmente no que se refere a receber um tratamento com dignidade e acima de tudo ser assistido como ser humano, a partir de cada particularidade apresentada, respeito a singularidade de cada sujeito, seguido de acompanhamento sistemático.

Para compreender os fatores que circundam o cotidiano do PTM e a particularidade da efetivação do cuidado para com ele, bem como, os limites e possibilidades, a partir da Atenção Básica e da particularidade da ESF, é preciso compreender alguns fatores que determinam a assistência como, por exemplo, a localização geográfica do serviço, se o local é de difícil acesso. Tal fator é determinante na efetivação do cuidado e na realização da assistência, pois um serviço de saúde que não tem uma localização geográfica que possibilite o acesso já limita a assistência; outro fator é o tempo que ele permanece aberto, pois a periodicidade e a permanência diária de abertura do serviço também tem rebatimentos diretos no acesso, na qualidade dos serviços prestados, na abrangência da assistência. Um outro aspecto é a qualidade integrante da “formulação de acessibilidade”, que se refere aos serviços oferecidos às pessoas que procuram, como atividades, programas, projetos de lazer, cultura, de discussão política, de trabalho assistido, pois é um conjunto de ações que permitem a efetivação do cuidado na perspectiva da integralidade. É preciso criar espaços na comunidade, nos grupos existentes para o PTM, pois ele é um sujeito em potencial e precisa ser valorizado e respeitado. Há uma necessidade de criar espaços também de discussão política acerca da Reforma Psiquiátrica e das “novas” concepções de cuidado na saúde mental, pois o PTM precisa compreender a legislação que regulamenta a sua assistência, bem como os seus direitos enquanto PTM e, acima de tudo como ser humano, dessa forma, esses grupos têm que ser fomentados, para ampliação da publicização acerca dos direitos e precisam ser formados nas diversas comunidades, com o apoio das ESF e dos profissionais de saúde mental.

É possível perceber também que há inúmeros desafios a serem superados em relação ao cuidado ao PTM, principalmente no que tange à lógica da assistência

pelos profissionais da atenção básica, pois há de se romper com a idéia de que PTM deve ser tratado em serviços especializados, ou seja, serviços de referência em saúde mental, para efetivar a integralidade no cuidado ao PTM, é preciso compreendê-lo não só como um “louco”, mas também como um ser humano, que adoece clinicamente, fisicamente e que necessita de ser cuidado com atenção, respeito, ética, profissionalismo e carinho. A partir do desenvolvimento dessas atividades, percebe-se que o PTM ganhará mais espaço e reconhecimento na sociedade. Esse arsenal de ações deve ser desenvolvida pelos vários serviços que compõem o SUS, irá proporcionar uma nova forma de cuidar e, principalmente, estará efetivando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, contribuindo para a diminuição do preconceito e também das internações em hospitais psiquiátricos.

Sobre essa temática salienta-se que a realização do cuidado a partir da perspectiva da integralidade, contrapõe-se ao modelo hospitalocêntrico, manicomial, o modo asilar de tratar, essa concepção de cuidado busca romper com as práticas manicomiais, entretanto as práticas de saúde mental se pautam pela possibilidade de construção de novas concepções de cuidado, a partir das diversas realidades e também da criatividade e interesse dos profissionais. Há uma necessidade constante de estar sempre alerta em relação às práticas desenvolvidas, mesmo em serviços como CAPS, Centros de Convivência, Hospital Dia, Lar Abrigado, ESF, Residências Terapêuticas, pois é a partir das ações desenvolvidas que se busca a efetivação da integralidade, no respeito, no vínculo, na valorização do PTM, caso contrário, corre-se o risco de agir manicomialmente, desrespeitando as suas especificidades.

Atualmente, depara-se com inúmeras possibilidades de efetivação do cuidado no campo social, pautadas pela crítica ao modelo hospitalocêntrico, possibilitando uma nova forma de cuidar, através da qual os diversos profissionais de saúde possam estabelecer um diálogo aberto com o PTM, familiares, comunidade e demais serviços, compondo a rede de proteção social e concretizando a integralidade da assistência. Essa intervenção se ancora na particularidade e singularidade de cada PTM e da sua conjuntura de vida, buscando a instrumentalização de novas práticas, a articulação das equipes e estabelecimento de vínculos através do acolher, interagir, acompanhar e também na garantia de direitos. É a partir dessa troca, na responsabilização e comprometimento dos profissionais que se efetiva a integralidade na saúde mental.



Acerca desse debate, percebe-se uma grande importância para a efetivação do cuidado ao PTM pelas equipes da ESF, pois, para a concretização da integralidade, a assistência deve ser prestada no seu território de origem, pautado pelo respeito, vínculo e no diálogo. O PTM tem que ser assistido preconizando a integralidade na assistência, pois o mesmo não apresenta somente demanda da saúde mental, mas de um ser humano que necessita de outros cuidados e de atenção, a partir do desenvolvimento de um trabalho em rede, da articulação entre as equipes e comunidade. Assim, a efetivação do cuidado na ESF se depara com um contexto desafiador acerca da concretização de uma nova reconfiguração da assistência ao PTM, principalmente no que tange à lógica territorial e também de sua valorização como sujeito de direitos, proporcionando a reinvenção das práticas de saúde, de produzir o cuidado e também a abertura de uma nova forma de viver para este portador. Assevera-se que os limites existem, perpassando a lógica dos profissionais, equipe gestora e também da própria comunidade que ainda é permeada pela lógica manicomial.

A Saúde Mental vem passando por mudanças a partir da Reforma Psiquiátrica, nesse contexto há o privilegiamento do cuidado pautado na lógica do território, na valorização do sujeito e de sua família, a partir de uma assistência compartilhada e com a interação com a comunidade. Dessa forma, é a partir dessas mudanças no arcabouço das transformações da atenção ao PTM é que se busca a compreensão da AB, a particularidade da ESF e a interlocução desses com o Portador de Transtorno Mental - PTM. A atenção básica é lócus privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento/assistência em relação ao PTM, a qual se constitui pelos Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, pela Estratégia de Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários a partir da realidade e perfil epidemiológico de cada município. Essa interlocução marca um progresso no campo da saúde no Brasil, mas, no entanto, ainda não é uma realidade vivenciada em todos os serviços, é preciso avançar nessa proposta. Sabemos que os CAPS, NAPS, Serviços de Residência Terapêutica, Programa de Volta para Casa e Centros de Convivência são dispositivos estratégicos implantados e utilizados na desconstrução do modelo hospitalocêntrico, tais estratégias são determinantes, mas não suficientes para a efetivação da assistência ao PTM. Conforme estabelecido no documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (2003), as estimativas internacionais e do MS, é de que 3% da população

necessitam de cuidados contínuos e mais de 9 % precisam de atendimento eventual, em função de transtornos mais leves. Mediante esses números expressivos, a cada ano, torna-se mais urgente a interlocução dos diversos serviços para a efetivação da assistência e, dessa forma, compreende-se a relevância da AB no que se refere à realização do cuidado em saúde mental.

Portanto, torna-se relevante destacar que o presente estudo enfoca o PTM, priorizando os casos graves, ou seja, as psicoses e neuroses graves. Buscando recuperar minimamente a questão conceitual dos transtornos mentais, ressaltamos Fonseca (2006) que considera o transtorno mental comum como “um modelo dimensional, os diagnósticos dos manuais de psiquiatria representam modelos de categoriais” (p.26). Os modelos categoriais segundo a autora se “baseiam em coleções de sintomas observados pelos clínicos”, enquanto os dimensionais “se baseiam na relação entre os sintomas individuais, sem referências a coleções de sintomas e às normas estritas dos manuais diagnósticos” (p.26). Ainda nas palavras da autora no que se refere aos Transtornos Mentais Comuns, “não existe uma preocupação com o perfeito enquadramento nas categorias dos manuais diagnósticos de psiquiatria, mas sim com a detecção de uma forma de sofrimento que produz prejuízos significativos no viver dos indivíduos” (p.26). Fonseca (2006) salienta que os transtornos mentais comuns podem se apresentar através de diversos sintomas, como: “irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, esquecimento, falta de concentração, assim como uma infinidade de manifestações que poderiam se caracterizar como sintomas depressivos, ansiosos” (p.64). Nesse sentido, destaco que toda a discussão fomentada está direcionada a efetivação do cuidado ao PTM conforme apontado acima, no entanto, torna-se fundamental apontar que a AB é porta de entrada para os casos de transtornos mentais comuns também, porém não é objeto desse estudo.

A AB tem sido amplamente discutida no contexto brasileiro e, nesse processo, o Programa de Saúde da Família é apontado como a principal estratégia do Ministério da Saúde para a sua reorganização e fortalecimento. Logo, não é possível, atualmente, falar de AB em saúde sem se reportar à importante dimensão que assumiu a ESF, estando presente em todo o território nacional. Entretanto, tendo em vista a grande extensão do território nacional, associada às particularidades das regiões e dos municípios, pode-se perceber a coexistência de diferentes conformações da ESF.

A interlocução da saúde mental com a AB pode ser considerada como o espaço de práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde, uma estratégia para o alcance da equidade e da integralidade. Representa a transformação de um discurso ideológico em uma ação política, proporciona de certa forma, um novo modelo de assistência em saúde mental. Tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, constituindo novos vínculos entre os serviços de saúde e a população – promover a saúde de um indivíduo implica agir / intervir no contexto onde o indivíduo está “inserido”, no espaço onde ele vive.

O PSF, como estratégia, imprime novo sentido à saúde pública e exige uma práxis oportuna e afinada com seus objetivos maiores. É de fundamental importância criar, manter e fomentar a comunicação interna de modo que se desenvolva uma trajetória em forma de espiral dialética, em que os diversos atores implicados na tarefa possam construir uma linguagem comum, não estereotipada, que funcione como elemento de transformação social. Para não se repetir a lógica dominante é preciso adotar um novo paradigma que leve em consideração a geografia, a arquitetura, a realidade socioeconômica, a história das pessoas e de suas famílias. Neste sentido, intervir nas famílias é também intervir na ordem institucional alimentando a produção de uma nova subjetividade. A saúde mental consiste, nesse processo, em que se realiza uma aprendizagem da realidade no confronto, manejo e solução integradora dos conflitos. Enquanto se cumpre esse itinerário, a rede de comunicações é constantemente reajustada, e só assim é possível elaborar um pensamento capaz de um diálogo com o outro e enfrentar a mudança. (GONÇALVES, 2000, p.115-116).

Essa interlocução propiciou o estabelecimento de novas articulações no cenário da política de saúde, o que pode possibilitar a superação dos modelos tradicionais de operar ações de saúde, apoiando-se mais nas comunidades. As novas alianças devem se dar prioritariamente no espaço local, no município. Esse tipo de articulação é fundamental para que ocorra de fato, e cada vez mais, o processo de descentralização. A escolha da família e de seu espaço social como alvo da abordagem, a democratização do conhecimento a respeito da saúde, da doença e da organização dos serviços, a intervenção sobre os fatores de risco, a prestação de um atendimento integral, resolutivo, contínuo e de qualidade, a humanização, o estímulo à organização social e o estabelecimento de articulações são avanços inquestionáveis e proporciona a construção de um novo modelo.

Mas para a realização da interlocução da saúde mental na atenção básica, mais particularmente a ESF, torna-se necessário que os profissionais de saúde assumam a necessidade de mudança do modelo vigente de atenção ao PTM e

também que seja comprometida com a efetivação dos princípios do SUS, ou seja, da Reforma Sanitária, bem como da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, a mudança na realização da atenção ao PTM requer uma transformação na rede de cuidados, pois para se efetivar, tomando como referência a integralidade da assistência, torna-se fundamental a interlocução com os diversos serviços e também com a comunidade, pois essas transformações não podem partir somente do âmbito governamental, mas também comunitário, onde a comunidade deve fazer parte desse processo, possibilitando a ela as informações acerca da mudança, os motivos que a levaram e também os rebatimentos. Nesse caminho, usuários e familiares deverão participar, de forma a compreender a importância da mudança, a qual se materializa a partir de um processo democrático, com a participação de todos os protagonistas e sujeitos envolvidos.

O PSF está pautado na integralidade e numa abordagem continuada que vê o indivíduo como um todo, no contexto em que vive. E é justamente isso que o PSM<sup>37</sup> propõe ao eleger a comunidade e a família como locus de intervenção, a Unidade de Saúde e as ESFs como eixo da assistência e a proximidade como método. O PSF requer das equipes um manejo instrumental das próprias ansiedades e o desenvolvimento de atitude solidária e afetiva diante da realidade da população e de seu sofrimento. (GONÇALVES, 2000, p.111).

É preciso informar à comunidade, aos familiares e PTM acerca da proposta de atenção, uma vez que para sua efetivação torna-se imprescindível a participação dos mesmos, pois eles são os pilares no processo, é necessário acionar os diversos dispositivos comunitários para a participação e composição da rede de cuidados, uma vez que essa não pode ser formada somente por serviços governamentais, caso contrário, não estará inserindo o PTM e a comunidade nesse processo de transformação da rede de cuidados. Não podemos perder de vista que a sociedade ainda é permeada de preconceitos e estereótipos acerca do PTM, principalmente que ele é visto como um ser perigoso, sabemos, que essa perspectiva é preconceituosa e estereotipada, uma vez que isolar e maltratar não faz parte da atenção e do cuidar, mas que essa visão ainda é bastante presente na nossa sociedade, onde prevalece o cidadão consumidor e também a produção, pois impera a lógica capitalista.

---

<sup>37</sup> Programa de Saúde Mental (Gonçalves, 2000).

Mas para a efetivação dessa proposta de cuidado é preciso criar e reinventar, pois não existe um caminho pronto a ser percorrido, é necessário que a partir de cada realidade se trilhem novos caminhos e horizontes em relação à constituição dessa rede de cuidados, pois uma estratégia deve ser cumprida, a da desinstitucionalização, de rompimentos de paradigmas que permeiam o cotidiano dos familiares e PTM, uma vez que ainda a internação psiquiátrica é vista como um dispositivo de “tratamento”, contrapondo a essa idéia manicomial, a proposta de atenção na atenção básica, particularmente com a ESF vem possibilitar a construção de uma nova forma de cuidar e realizar uma interlocução com a sociedade, levando o PTM à comunidade onde vive, já que ele é sujeito de direitos.

Para a construção dessa rede é necessário capacitar as equipes, tanto as da atenção básica, ou seja, a da Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde, como as equipes do serviço de referência em Saúde Mental. Isso é só o início de uma longa caminhada, pois a mudança no paradigma da assistência é processual e requer a participação de diversos protagonistas. Essa proposta de assistência exige uma nova atuação dos profissionais de saúde, pois não se pode perder de vista que a proposta se baseia na construção de um novo paradigma em Saúde Mental.

Nesse contexto de intervenção para a construção de uma nova forma de cuidar, demanda a luta constante para evitar a internação de PTM em surtos graves que, ao decorrer de toda a história de assistência, culminou em internação psiquiátrica, pois a sociedade compreende o manicômio como um local de possibilidade de tratamento, mas na verdade sabemos que essas instituições asilares segregam, não proporcionam a formação de vínculos e de diálogos entre profissionais de saúde e PTM. No que tange ao contexto de construção de um novo modelo de atenção à saúde mental deparamo-nos com inúmeros limites, como o já citado acima, ou seja, de buscar conter a crise com os dispositivos legais, confrontando com uma prática hegemônica e preponderante, mas sabe-se que este momento requer mudança de paradigma e de constituição de novas formas de cuidar. Depara-se também com situações de violência e risco dentro da comunidade, necessita-se de administrar tais situações, pois elas geram “desestruturação familiar”, conflitos, questionamentos e críticas da comunidade em geral. (PEREIRA, Walter Augusto, 2000).

A demanda com que se depara no cotidiano de trabalho é avassaladora, a tendência é responder somente à situação apresentada, pois há uma necessidade

constante de lidar com o cotidiano repleto de situações “problemáticas”. As equipes de saúde da família encontram-se em contato direto ou indireto com o PTM através dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, os quais realizam visitas às famílias, conhecem o cotidiano das mesmas e as dificuldades que enfrentam, mas torna-se necessário que o ACS passe a identificar e conhecer a história do PTM, pois é necessário compreender a história de vida do PTM, para realizar posteriores intervenções. Quando se ressalta o contato direto e indireto, refere-se à capacidade de conhecer todos os membros que residem em uma determinada casa, é muito comum que os ACS conheçam a família em função do seu diagnóstico como, por exemplo, a mãe é diabética, o pai é hipertenso, mas não se conhece o filho que mora nos fundos e que se encontra sempre trancado ou não estabelece nenhum diálogo com o ACS, a família também não relata nada sobre o mesmo. Dessa forma, há uma necessidade latente do ACS de identificar e conhecer todos os moradores, buscando reconhecer o PTM, uma vez que, na sua maioria, não procura a UBS ou a ESF para nada, contudo é uma tarefa desafiadora desvelar a realidade de alguém que sempre esteve no anonimato, a partir desses primeiros contatos, buscar a criação de vínculos e de contato com os profissionais da ESF.

Enfatiza-se que não é um caminho fácil, mas necessário para a construção de uma nova forma de cuidar, é uma relação que deve ser construída entre a equipe de saúde da família e de saúde mental, num processo contínuo de discussão e debates acerca dos inúmeros casos que serão identificados pela ESF.

A aproximação é feita junto com os agentes comunitários e, se possível, com outras pessoas da equipe. Por meio da escuta do sofrimento do outro e do sofrimento familiar, buscamos uma vinculação que propicie uma intervenção terapêutico-pedagógica. Ela pode constituir-se de ações diversas propostas ao núcleo familiar. A medicação e a medicação psicotrópica pode ocupar um lugar determinante nesse momento, ou não. Pode ser um coadjuvante, ou não estar indicada [...]. (PEREIRA, Walter Augusto, 2000, p.99).

O processo de construção do cuidado se depara também com uma necessidade de “sensibilização do médico da família” para que ele possa efetivar a atenção ao PTM, é preciso buscar diversas estratégias de sensibilização, pois o cuidado do médico da saúde da família deve buscar efetivar a integralidade da assistência, contrapondo a formação médica nessas últimas décadas, pois esta vem “cindindo o homem em partes, funções e suas correspondentes especialidades”.

(PEREIRA, Walter Augusto, 2000, p.99). É necessário realizar momentos de interlocuções entre o psiquiatra e o médico da saúde da família, onde a psiquiatria é chamada a alargar os horizontes no que se refere à assistência, pois o PTM deve ser reconhecido dentro do contexto familiar, estabelecendo vínculos, saber ouvir, o psiquiatra precisa ocupar um lugar onde vai ouvir os sofrimentos, angústias, carências, desejos, possibilidades e é a partir dessa relação estabelecida entre PTM, profissionais que se busca a efetivação da assistência e também a produção da saúde, ampliando assim os olhares acerca do PTM que, ao longo de sua história, foi marcado pela discriminação, segregação.

O estabelecimento do diálogo, da troca de saberes, o trânsito intersubjetivo entre grupos de trabalhadores em saúde e população leva a gestação de um modelo de produzir e pensar a saúde. Cabe ao psiquiatra, aqui um novo lugar. Partindo do seu reconhecimento específico, tecerá pontes entre os profissionais que compõem a equipe de saúde da família; entre seus membros e os moradores atendidos; entre os moradores e as atividades que falam e intensificam a vida; entre os diversos níveis institucionais (outras instâncias da saúde, justiça, educação, igreja, etc.), aos quais um sujeito poderia ser remetido ou mesmo estar submetido. Trata-se, portanto, de funcionar como potencializador e fertilizador de agentes e de pessoas na promoção da saúde e da vida. (PEREIRA, Walter Augusto, 2000, p.101).

Nesse contexto de busca, construção, há uma necessidade de lançar mão de inúmeros dispositivos, enfatiza-se a necessidade de capacitação das equipes, as reuniões de discussão dos casos assistidos, a realização de planejamento de ações e atividades a serem desenvolvidas, buscando assim a elaboração de dispositivos terapêuticos para a efetivação da atenção, tornando esses espaços privilegiados de interlocução e de produção de cuidado ao PTM e seus familiares.

A busca pela construção do cuidado ao PTM na atenção básica perpassa pela necessidade de mudança de paradigma e o rompimento do saber hierarquizado, conforme salienta Gonçalves (2000), torna-se necessário um ambiente de trabalho ético, pautado pelo respeito e pluralismo, buscando superar as dificuldades e diferenças, unindo forças e saberes para lidar com múltiplas dificuldades, ultrapassando os medos e preconceitos, para efetivar a assistência ao PTM.

Assim, existem inúmeras experiências que buscam a realização do cuidado ao PTM na atenção básica, particularmente a ESF, dentre elas podemos destacar diversas experiências como: o Programa de Saúde Mental para o Projeto Qualis/PSF – São Paulo, realizou capacitação das equipes de Saúde Mental e

Saúde da Família, buscando intervir nas famílias com mais dificuldade, desenvolvendo assim inúmeras atividades (LANCETTI, 2000), a experiência do Vale Jequitinhonha - MG, Rede Integral de Saúde Mental de Sobral/CE, Equipes Matriciais e outras<sup>38</sup> (LANCETTI, 2000). Destaca-se também a inserção da discussão de saúde mental em uma equipe da ESF em Blumenau, denominada de 'discussão de saúde mental', esse foi "caracterizado por situações de diálogo entre os profissionais, apresentação de novos conceitos e criação de práticas e dispositivos que visam se responsabilizar por intervenções referenciadas [...]". (CRUZ, Josué, 2004, p. 51).

Ressalta-se que não existe um modelo único de cuidado ao PTM e sim que cada município deve construir o seu caminho para a realização do cuidado a partir de sua realidade, ou seja, as especificidades, a singularidade de cada território e também considerar os dispositivos existentes nos mesmos, pois essa realidade é dinâmica e exige inúmeras análises acerca do trabalho a ser realizado e também do que está sendo desenvolvido. Nesse dispositivo, todos os profissionais são importantes, desde o ACS até o médico, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, pois eles compõem uma equipe, na maioria das vezes, utiliza-se de estratégias simples de intervenção, proporcionando o rompimento de preconceitos e estabelecendo vínculos, ressalta-se que, mesmo considerando a peculiaridade de cada município, deve haver orientações importantes na proposta de organização do trabalho.

Gonçalves (2000) enfatiza a necessidade da ampliação da discussão no que se refere ao papel desenvolvido pelo ACS, que é peça chave no desenvolvimento dessas ações, pois é ele que está no dia a dia, no interior das famílias e PTM, entretanto estão "sobrecarregados de trabalho burocrático e excluídos do processo de planejamento e definição de estratégias de trabalho, sem os quais o PSF e PSM não passariam de mera utopia." (p. 115).

Para Lancetti (2000), a cidadania deve ser o eixo referenciado no desenvolvimento das ações de saúde mental, pois o PTM é um sujeito de direitos, deve ser respeitado nas suas particularidades, ou seja, antes dele ter uma patologia, é um cidadão. Enfatiza-se também que o PTM deve ser reconhecido na sua comunidade e na sua família, e, para a realização do cuidado, não se fragmentam

---

<sup>38</sup> Para aprofundamento das experiências, sugerimos ver: LANCETTI, Antonio. Saúde Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família – Número 07, Editora Hucitec, 2000.



esses núcleos, porque as questões que permeiam o seu cotidiano fazem parte do contexto familiar onde vive e tem rebatimento direto nas relações familiares estabelecidas.

Para Casé (2000), a cidadania não se restringe à questão da valorização do sujeito, cita Benedetto Saraceno que compreende a cidadania numa visão de amplitude, de ações intersetoriais. “É dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional e produtiva) que se encontra a única reabilitação possível” (BENEDETTO SARACENO apud CASÉ, 2000, p.136). A cidadania é construída a cada dia e com a participação dos PTM, familiares, profissionais e técnicos da saúde.

Nessa busca de construção do cuidado é preciso deixar de lado as formas tradicionais de assistência, conforme enfatiza Lancetti (2000), é preciso ir lapidando novos caminhos e estratégias, buscando cada vez mais compreender o PTM no seu universo. O autor destaca também o estabelecimento de parcerias e a necessidade de capacitação continuada das equipes de saúde mental e saúde da família. Tal estratégia reverte uma lógica hegemônica, buscando o fortalecimento dos vínculos e o desenvolvimento de ações intersetoriais como cultura, lazer, trabalho, educação e esportes.

Percebe-se que os diversos serviços, a partir de inúmeras experiências desenvolvidas, procuram garantir os princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, caracterizam-se pelo desenvolvimento e também pela busca de ações e serviços que transforme o cotidiano do PTM e do processo saúde-doença, a partir de dispositivos comunitários locais, pressupõe a utilização dos próprios recursos comunitários para a construção do cuidado em saúde.

Não podemos negar que o advento da Reforma Sanitária e o processo de municipalização da saúde trouxeram inúmeros benefícios para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, pois esta mudança na saúde trata-se de ações pautadas na lógica territorial de atenção, buscando desconstruir a lógica manicomial, centrada nas instituições asilares e construindo uma rede de cuidados, composta por dispositivos comunitários e sociais, ultrapassando os recursos institucionais, implementando ações de caráter transversal.

Neste contexto, o movimento de Reforma Psiquiátrica, como mostra Amarante (1995), reconhece a doença mental também como fruto do processo de marginalização e exclusão social, fundamentando sua luta política e prática clínica na construção da cidadania do sujeito em

sofrimento psíquico e na promoção da saúde mental. Vislumbra transformar as práticas, partindo de novos conceitos, a respeito da loucura e da psiquiatria, numa perspectiva que vai além da noção de doença, sintomas e assistência, tentando alcançar não só os profissionais e usuários, mas a sociedade em geral. Com o surgimento dessa concepção de saúde mental, em que o enfoque é ampliado da doença mental para o sofrimento psíquico, resigna-se o objetivo da proposta terapêutica, que passa a comprometer-se em construir diversas estratégias possibilitadoras de autonomia das pessoas, mediante uma combinação de técnicas de apoio individual com outras mais sócio-culturais. (CABRAL et al., 2000, p. 139).

Conforme destaca Cabral et al. (2000), a ESF é chamada a cada dia a organizar e executar atenção mais complexa, pautada na integralidade e no respeito às especificidades da comunidade, rompendo com um olhar fragmentado e individual, estimulando assim uma nova forma de produzir saúde, a partir da organização da comunidade, crenças, lideranças e recursos disponíveis. Mas tudo isso não está pronto, é um grande desafio essa construção, é um fazer diário, sistematizando as ações, refletindo.

É preciso criar e fomentar a rede de cuidados, composta pelos serviços de referência, CAPS, NAPS, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, ESF, comunidade e dispositivos comunitários integram uma rede de cuidados, a partir da universalidade e da equidade da assistência, forma de um emaranhado de serviços que intervindo juntos, num estabelecimento de diálogo, de comunicação, ou seja, no sistema de referência e contra-referência e na transversalidade das ações, vislumbra-se a construção de uma rede de cuidados em saúde mental, permitindo uma nova forma de vida ao PTM, mas essa perpassa também um processo contínuo de construção e reconstrução, promovendo a integração entre os serviços, conforme salienta Pereira e Andrade (2000). Não se pode perder de vista que a rede tem como referência também a lógica territorial, a partir do privilegiamento das ações comunitárias, de simples atividades que podem transformar a vida do PTM e de seus familiares. Destaca-se que a rede de cuidados é parte integrante do SUS, compartilhando ações e responsabilidades, de caráter descentralizado e participativo.

A ESF e o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil têm possibilitado inúmeras mudanças na reformulação da atenção à saúde mental, conforme mencionado acima, privilegiando a descentralização e o foco na comunidade, em detrimento do modelo asilar, não podemos negar os avanços, mas ainda há muito o que se construir, pois esse é o início de um longo caminho a ser percorrido,

principalmente no que se refere ao cuidado na atenção básica. Ainda conforme salienta Pereira (2007), a capacitação em saúde mental é uma necessidade urgente dos serviços de saúde brasileiros, além disso, o Ministério da Saúde regulamenta a política de Recursos Humanos em saúde mental como um dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Lyra (2007) e segundo dados da Organização Mundial de Saúde com fonte em 2003, “uma em quatro pessoas desenvolve transtornos psíquicos em algum momento de sua vida”. Dessa forma “em países desenvolvidos, de 44% a 70 % dessas pessoas não recebem tratamento adequado; nos países em desenvolvimento, esse percentual chega a 90 %, revelando o impacto de agravos em saúde mental na população” (p.60).

A autora enfatiza o monitoramento realizado pelo MS em 2001 e 2002 com objetivo de avaliar a ESF, foi possível constatar nesse processo avaliativo que “51% das equipes de ESF realizavam algum tipo de atendimento em saúde mental.” (LYRA, 2007, p.60). Foi a partir deste momento que se propôs a efetivação de uma assistência ao PTM na atenção básica, particularmente na ESF, elaborou-se a proposta de ação em conjunto, tomando como referência o apoio matricial<sup>39</sup>.

Assevera-se que a doença mental está presente em nossa sociedade e urge de cuidados integrais contrapondo também a uma política neoliberal capitalista que privilegia, cada dia mais, o mercado privado e seus serviços, bem como o cidadão consumidor. Contudo, esta articulação, ESF e Saúde Mental é uma experiência bem sucedida, mas ainda impera cuidados e atenção, porque os profissionais, no que se refere à formação, não são preparados para lidar com o PTM, e acabam por apresentar resistências, medo, angústias em relação à realização do cuidado.

Naturalmente, há um longo caminho a ser percorrido tanto para o avanço da proposta das equipes matriciais quanto para o enfrentamento dos desafios aqui descritos no que diz respeito à medicina vigente hoje no país. No âmbito da ESF, vencer os obstáculos ideológicos e financeiros para sua implementação equivale à consolidação estratégica do SUS no modo em que foi pensado pelo movimento de Reforma Sanitária. No âmbito da Saúde Mental e da política da Reforma Psiquiátrica, a construção, dentro das comunidades, de alicerces firmes para a desconstrução do modelo asilar, ainda muito presente no território nacional, apesar do significativo avanço dos equipamentos substitutivos e da conseqüente redução dos leitos hospitalares destinados a esses pacientes. (LYRA, 2007, p.64-65).

---

<sup>39</sup> Será discutido posteriormente, juntamente com os demais dispositivos estratégicos para a efetivação do cuidado da saúde mental na atenção básica.

A autora enfatiza que vivemos um momento marcado por situações antagônicas na transformação da atenção em saúde mental, de um lado está o hospital psiquiátrico e de outro, o CAPS e a lógica do território na atenção ao PTM a partir da ESF, mas que, se não houver reflexões, análises e críticas, podem se tornar modelos complementares. Toda mudança gera questionamentos e necessidades de transformação do agir, do pensar, o que rebate diretamente nos profissionais de saúde e comunidade, não só nos gestores. É necessário o fortalecimento de espaço de formulação de fazer saúde mental, que primam pela convivência, troca, participação, escuta, reconhecimento das potencialidades, contudo, é um espaço que deve estar sempre em construção.

Buscando problematizar acerca da efetivação do cuidado ao Portador de Transtorno Mental e dos dispositivos existentes que poderão contribuir para a reestruturação da saúde mental na atenção básica, serão abordadas algumas estratégias de trabalho, entretanto, salientamos que não é intenção discutir todos, mas apontar alguns existentes e que tal interlocução é possível.

- **Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica:**

Esta proposta tem como finalidade a qualificação das equipes da ESF em saúde mental, sendo os técnicos em saúde mental referência para os profissionais que estão na atenção básica. Ou seja, ocorre o compartilhamento dos casos entre as equipes, pautado na co-responsabilização, que pode se efetivar através de discussões e intervenções em conjunto, seja com a comunidade ou família. Esta responsabilização compartilhada dos casos excluiu a lógica do simples encaminhamento e visa aumentar a capacidade resolutiva das equipes locais, estimulando a interdisciplinaridade das ações. O apoio matricial indicado pelo MS é um dispositivo estratégico na reorganização da atenção básica e na integralidade da assistência.

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para toda a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (MS/Saúde Mental e Atenção Básica, 2003, p.4).

A equipe matricial deverá ser organizada a partir da particularidade de cada município, considerando o número de equipes de Estratégia de Saúde da Família, serviços de saúde mental existentes e também conforme orientações e critérios do Ministério da Saúde. Salienta-se que o matriciamento consiste nas ações de supervisão, diálogo, interlocução, atendimento compartilhado, sendo realizado por uma equipe de saúde mental para a equipe de profissionais da atenção básica. Busca-se a realização da interação da equipe de saúde mental com a saúde da família, através da troca, discussão dos casos e da responsabilização compartilhada. A ESF é considerada estratégica pela sua proximidade com a família, com a comunidade, o que justifica tal matriciamento e interlocução.

O matriciamento oferece subsídios para a efetivação do cuidado, a partir de esforços criativos e de um conjunto de profissionais e saberes envolvidos; é um instrumento que se insere num conjunto de iniciativas para a efetivação da atenção integral ao PTM, pois se faz presente a discussão dos casos, a troca e o diálogo. (CAMPOS e NASCIMENTO, 2007).

- **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF:**

O NASF foi criado através da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, com a finalidade de ampliar a abrangência da atenção básica, bem como a resolubilidade, apoiando a ESF na rede de serviços. Esta vem assegurar o estabelecimento do NASF, composto por equipes interdisciplinares para atuarem em parceria, interlocução com as equipes da ESF, a partir de uma prática compartilhada e tendo como referência a lógica do território.

É importante salientar que o NASF não é porta de entrada para o SUS, pois a sua atuação se ancora na integração com as equipes da ESF à rede de serviços, a partir de demandas levantadas pela equipe de Saúde da Família. Podem ser classificados em duas modalidades, NASF 1 e 2, conforme portaria (ANEXO I). Salientamos também que o NASF não substitui o apoio matricial, é um dispositivo para o fortalecimento da ESF.

Dessa forma, a criação do NASF é mais um dispositivo estratégico que vem proporcionar o fortalecimento da atenção básica através da ESF e também da resolutividade das demandas apresentadas. Conforme apontado na Portaria em seu Artigo 2º, no § 3º, "Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado

físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família”, fortalecendo assim a atenção ao PTM na atenção básica.

Não podemos deixar de enfatizar que o NASF garante pelo menos 01 profissional de saúde mental para compor a equipe. A equipe mínima do NASF será definida pelos gestores municipais, a partir das prioridades identificadas, no entanto, conforme apontado no Artigo 4º § 2º, “Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada NASF conte com pelo menos 01 profissional da área da saúde mental”. A regulamentação do profissional de saúde mental vem buscar a garantia do fortalecimento do cuidado ao PTM na atenção básica, a partir de ações interdisciplinares e tomando como referência a lógica do território.

- **Visitas Domiciliares:**

A visita domiciliar é um significativo instrumento na assistência integral ao Portador de Transtorno Mental, é um dispositivo estratégico, pois possibilita conhecer e identificar o contexto familiar, as relações sociais, as dificuldades, conflitos, a real situação do doente mental. Esse dispositivo pode ser compreendido também como um conjunto de ações de saúde voltado para o âmbito educativo e assistencial, proporcionando uma dinâmica aos programas de atenção à saúde.

A visita permite a presença do profissional de saúde in loco para levar informações de saúde ao grupo familiar, oportunizando também a visualização e compreensão das condições peculiares de moradia, higiene e hábitos de vida; condição social, econômica; favorece e estimula o melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde por ser sigiloso e menos formal, além da liberdade para se expor os mais variados problemas, já que o tempo disponível é maior do que quando o atendimento é realizado nas dependências dos serviços de saúde e por ser o seu “ambiente”.

Todos os profissionais da atenção básica podem realizar a visita domiciliar, salienta-se que a orientação realizada na Unidade Básica de Saúde nem sempre alcança o PTM e familiares de forma efetiva, no entanto, o atendimento domiciliar proporciona excelente oportunidade de enriquecimento da informação e da aderência da família no acompanhamento.

A abordagem domiciliar fortalece os pilares da humanização e da integralidade na assistência, possibilitando o estabelecimento e estreitamento do vínculo entre Portadores de Transtorno Mental, profissionais de saúde e o serviço de saúde.

- **Capacitação das Equipes da Estratégia da Saúde da Família:**

A Capacitação das equipes da ESF é fundamental para que as ações de saúde mental na atenção básica sejam desenvolvidas. A Política Nacional de Atenção Básica (2006a) aponta que “o processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio de curso introdutório para toda a equipe” (p.27). No entanto, a educação permanente dos profissionais da atenção básica é de responsabilidade da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde. Conforme assinalado por Pereira (2007), a formação de médicos e enfermeiros em saúde mental é muito frágil, não se tem um aprofundamento dessa discussão no processo de formação profissional. No entanto, enfatiza que todos os profissionais da ESF devem ser capacitados, principalmente o ACS por ser o elo e o vínculo com a comunidade.

O Ministério da Saúde através do relatório “Saúde Mental e Atenção Básica” (2003) aponta a organização de uma política de formação de recursos humanos em saúde, salienta que tal é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a capacitação em saúde mental para os profissionais da ESF é essencial e se mostra cada vez mais de grande relevância para subsidiar a efetivação do cuidado.

- **Terapia Comunitária:**

É um dispositivo terapêutico desenvolvido nas comunidades a partir da cultura, crença e ideologias, que tem como objetivo reunir as pessoas para escutar o seu sofrimento, problema. Destacamos a experiência da periferia de Fortaleza realizada na Favela de Pirambu, segundo Lavor (2008), é desenvolvida há 20 anos nessa comunidade, o responsável por essa iniciativa é o psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto que desenvolve atividades como: massagens, banhos e as rezas, sessões de terapia comunitária, farmácia verde, arte terapia, casa de acolhimento.

Para o psiquiatra, o trabalho não desconsidera e nem desvaloriza a medicina integral, alega ser uma “via de mão dupla entre o saber científico e o popular”.

Segundo Adalberto citado por Lavor (2008), “na terapia comunitária, a medicina convencional do PSF se escora nas medicinas populares e no acolhimento e no desabafo. Antes de mais nada, todos falam, ouvem e se vêem uns nos outros – a relação do espelho de Freud” (p.12).

Assinala-se que esse dispositivo tem propiciado aos PTM um espaço de acolhimento e escuta, distribuindo apoio e reconhecimento aos problemas apresentados, a partir da discussão, do respeito e da troca.

- **Grupos de Ajuda/Suporte Mútuo:**

Esses grupos de ajuda e suporte mútuo<sup>40</sup> representam também dispositivos de extrema relevância na efetivação do cuidado ao Portador de Transtorno Mental, possuem várias denominações, como Psicóticos Anônimos, Neuróticos Anônimos e também os demais grupos que têm uma denominação particular, vinculado à sua criação.

Segundo Vasconcelos (2007b), “as iniciativas e atividades de ajuda e suporte mútuo devem estar integradas entre si, mas correspondem a objetivos, locais de funcionamento e tipo de participantes diferenciados” (p.19). No entanto, o autor salienta que as mesmas pessoas podem participar dos dois grupos, porém esses têm características distintas.

A ajuda mútua visa primordialmente a troca de experiências e de apoio emocional, realizados em grupos compostos, na medida do possível, apenas por pessoas com problemas comuns, sem profissionais e suas reuniões são realizadas em locais e espaços mais protegidos. No campo da saúde mental, há dois tipos de grupos, aqueles diretamente para os portadores de transtorno mental e aqueles para seus familiares.

O suporte mútuo visa primordialmente realizar juntos atividades sociais, artísticas, culturais, esportivas, comunitárias, de lazer, de reconhecimento e utilização de recursos sociais na comunidade local e na sociedade, que podem ser realizadas em diversos tipos de locais em toda a sociedade. (VASCONCELOS, 2007b, p.19).

---

<sup>40</sup> Para maior aprofundamento acerca da temática, recomendo VASCONCELOS (2007b) “Manual de Ajuda Mútua e Suporte Mútuo em Saúde Mental”. Projeto Transversões. Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



Torna-se relevante destacar que esses grupos assumem um papel salutar na sociedade e na vida de Portadores de Transtorno Mental e seus familiares, pois são canais de participação, de troca, diálogo, relatos e de reconhecimento social. Esses podem envolver atividades da vida diária, como passeios, compras, ir ao cinema.

Nesse sentido, destacamos que os dispositivos estratégicos para a efetivação do cuidado são diversos e bastante distintos, entretanto, salienta-se que cada serviço do município deve buscar o melhor caminho para a efetivação da assistência ao PTM, considerando as particularidades regionais, culturais e religiosas. Para a Organização Mundial de Saúde – OMS, “a meta da reinserção social só poderá ser alcançada com a participação e compromisso de profissionais de diferentes formações, e não apenas dos profissionais médicos.” (OMS apud Cruz e Ferreira, 2007, p.68). Um outro dado importante da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde citado por Campos e Nascimento (2007) é que, aproximadamente 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental, não apresentam nenhuma demanda específica de saúde mental, ou seja, grande parte dos encaminhamentos realizados deveriam ser efetivados pelos profissionais da atenção básica, evitando assim o deslocamento desnecessário e o ir e vir do próprio usuário, sem uma resolutividade de sua demanda. Muitas dessas demandas necessitam de um acompanhamento contínuo e com dispositivos comunitários, que vão ser trabalhadas a partir da realidade dos sujeitos, tal fato, denota a necessidade de capacitação dos profissionais da atenção básica em saúde mental e da interação com a atenção básica.

Contudo, é importante ressaltar que a saúde mental na atenção básica também é uma estratégia de fortalecimento das ações, que organiza a rede de cuidados, fornecendo maior sustentabilidade a ESF. Dessa forma, a inclusão de ações de saúde mental na ESF amplia a efetivação dos cuidados, potencializando os recursos existentes nas comunidades. A ESF tem demonstrado um dispositivo fundamental para o avanço da Reforma Psiquiátrica e também ampliado as competências dos profissionais da ESF, a partir do momento que articula os diversos saberes e experiências.

**CAPÍTULO III**

**PERSPECTIVAS PARA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA  
NO MUNICÍPIO DE TIMÓTEO**

### 3.1 - O Contexto do Município de Timóteo: um breve histórico

O município de Timóteo é objeto de estudo deste trabalho, mais particularmente a política de saúde, a partir da especificidade da Estratégia de Saúde da Família - ESF, para tal, torna-se relevante a realização de uma breve caracterização do município, buscando compreender e identificar a saúde no contexto local. Nesse sentido, iremos abordar a trajetória histórica do município de forma breve, bem como a organização da saúde municipal<sup>41</sup>.

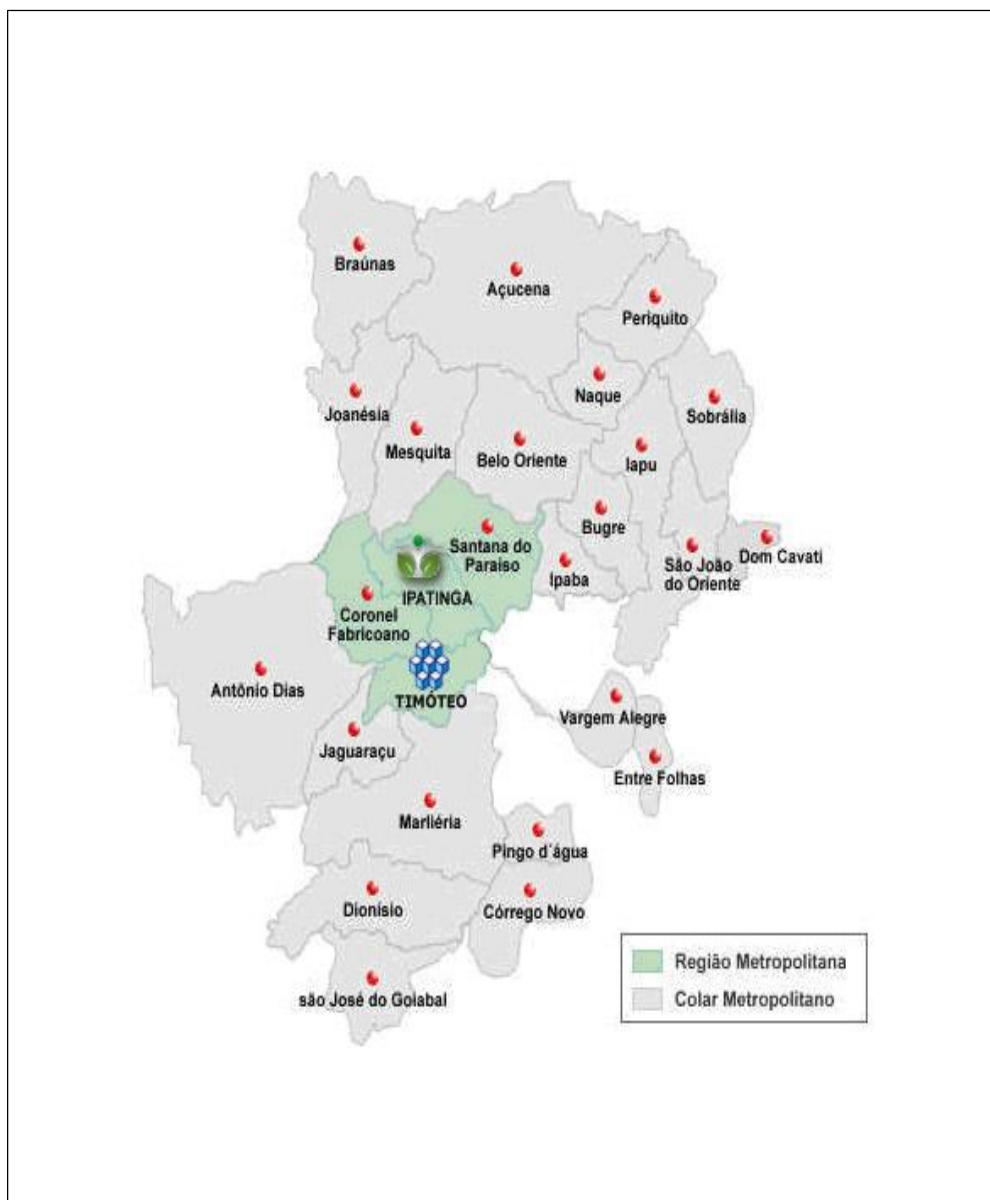
A cidade de Timóteo situa-se na região leste do estado de Minas Gerais, na mesorregião do Vale do Rio Doce e na região metropolitana do Vale do Aço, a 196 km de Belo Horizonte, capital do Estado e se concentra em um grande pólo industrial. Com uma altitude máxima de 864 m no Pico do Ana Moura e mínima de 225 m na foz do Rio Piracicaba.

A Região Metropolitana do Vale do Aço, formalmente constituída em 1998, é formada por quatro municípios, sendo eles: Coronel Fabriciano, Ipatinga, Santana do Paraíso e Timóteo, cuja principal cidade é Ipatinga. A legislação que designa a Região Metropolitana do Vale do Aço é bastante detalhada na discriminação das funções de interesse comum, que requerem planejamento e gestão no nível metropolitano: sistema viário e transportes, saneamento básico, uso do solo e dos recursos hídricos, preservação ambiental, habitação, abastecimento, ensino, saúde e planejamento do desenvolvimento econômico. Foi instituída em 1998 e trata-se, do ponto de vista técnico, de uma aglomeração urbana, com aproximadamente 450 mil habitantes, mas foi definida, pela legislação estadual, como Região Metropolitana, atualmente, é regida pela lei complementar nº 90 de 12 de janeiro de 2006.

O município de Timóteo tem como municípios limítrofes: a norte: Ipatinga e Coronel Fabriciano, a oeste: Antônio Dias, Sudoeste: Jaguaraçu, a Sul: Marliéria, a Leste: Caratinga e Bom Jesus do Galho. Timóteo possui uma área de 145 Km<sup>2</sup>, atualmente conta com uma população de 76.092 mil habitantes, conforme contagem da população em 2007. (IBGE, 2008).

---

<sup>41</sup> O banco de dados para a construção da caracterização do município de Timóteo, será o do IBGE (banco de dados eletrônicos), a Wikipédia (enciclopédia livre da internet) e a Cartilha da Casa de Memória (produzida pela Câmara Municipal de Timóteo).



Fonte: WIKIPÉDIA, 2008a.

O município tem suas raízes históricas vinculadas à própria história do Brasil, por meio dos primeiros habitantes, os Borun do Watu, que são os índios do Rio Doce. Antes de 1800, a região que hoje é ocupada pelo município de Timóteo era habitada por esses índios, que eram conhecidos pelos portugueses como botocudos. Nesse contexto histórico, a Bacia do Rio Doce era a principal fonte de acesso para o interior das províncias de Minas Gerais e Espírito Santo, pois suas terras atraíram expedições em busca de riquezas minerais e escravos, inclusive os portugueses. (Timóteo/Cartilha Casa da Memória/2005).

A partir de 1808 iniciou-se o massacre na região, esse contexto foi marcado pelo massacre dos índios, quando D. João VI separou a região em divisões militares, ficando o território aberto à ocupação de colonizadores, passando por esse território inúmeros cientistas que, naquela época, já se preocupavam com a devastação da Mata Atlântica. O município passou a pertencer a 4ª divisão, denominada de Onça Pequena, atualmente a cidade é conhecida como Jaguarapu, na ocasião, era comandada pelo francês Guido Marlière.

Já em 1832, não havia mais aldeamentos indígenas na região, pois os mesmos foram exterminados, dando início à colonização pelos brancos. Naquele mesmo ano, instalou-se o primeiro fazendeiro, Francisco de Paula e Silva Santa Maria, recebeu uma carta de Sesmaria<sup>42</sup> referente ao local denominado Ribeirão de Timóteo, em 09 de abril de 1832. A fazenda, localizada na região hoje conhecida como Alegre, passou a ser ponto de apoio para as embarcações que utilizavam o Rio Piracicaba com destino a Vitória, Vila Rica e outros municípios vizinhos, também criava gado e dedicava-se à roça.

Foi a partir dessa Sesmaria que Timóteo se tornou povoado, passando a pertencer a “freguesia” de Santana do Alfié, São Domingos do Prata e Jaguarapu, somente em 1938 foi transformado em distrito de Antônio Dias. Em 31 de outubro de 1944, foi fundada a Companhia de Aços Especiais Itabira - ACESITA pelos engenheiros Amyntas Jacques de Moraes, Percival Farquhar e Athos de Lemos Rache, sob o impacto da implantação da companhia, proporcionou o desenvolvimento econômico e populacional de Timóteo, vivenciando transformações administrativas. A ACESITA S. A. é uma empresa siderúrgica que produz aços especiais inoxidáveis, siliciosos, carbono e ligados, aços não planos e fundidos.

Em 1948, passou a pertencer ao município de Coronel Fabriciano, na década de 1950 ocorreu a intensificação do desenvolvimento, mas foi na década de 1960 que Timóteo foi transformado em município autônomo, ou seja, em 29 de abril de 1964, tendo como seu primeiro prefeito o Sr. José Antônio de Araújo. Dessa forma, a

---

<sup>42</sup> Sesmaria “é um instituto jurídico português presente na legislação desde 1375 que normatiza a distribuição de terras destinadas à produção. Esse sistema surge em Portugal durante o século XIV, quando uma crise agrícola atinge o país. O Estado, recém formado e sem capacidades de organizar a produção de alimentos, decide legar a particulares essa função.” Foi a partir de 1530 que se inicia a conquista do território brasileiro, o Estado português decide utilizar o sistema sesmarial no além-mar, com algumas adaptações, tendo como função estimular a produção. Quando o titular da propriedade não iniciava a produção dentro dos prazos estabelecidos, seu direito de posse poderia ser cassado. (WIKIPÉDIA, 2008b).

emancipação do município esteve vinculado à implantação da empresa ACESITA e aos rebatimentos que a mesma proporcionou na economia.

A década de 1950 foi marcada pela violência contra os pequenos proprietários da região do leste de Minas Gerais, particularmente na região do Vale do Aço. As famílias eram exterminadas em nome do progresso, a ocupação do leste de Minas Gerais se efetivou a partir da expulsão dos posseiros e de pequenos proprietários, naquele período, as empresas contratavam “jagunços” para perseguir os posseiros e trabalhadores rurais.

Porém, foi na década de 1980, que ocorreu a instalação de outras empresas no município, fomentando a expansão do desenvolvimento, consolidando a atividade econômica industrial. Em função do caráter eminentemente industrial, sofreu inúmeros rebatimentos como, por exemplo, a ocupação desordenada até 1992, ano de privatização da empresa ACESITA, que provocou diversos reflexos econômicos e sociais no município e na região, a economia do município gira em torno de empreendimentos industriais. A ACESITA foi privatizada em 1992, passando a ser administrada por um bloco de acionistas constituído pela USINOR, pelos fundos de Pensão; em 2007, foi vendida novamente e hoje é denominada de Arcelor Mittal Timóteo. A empresa é a única produtora integrada de aços inoxidáveis e siliciosos da América Latina, com desempenho que a destaca entre os grandes produtores mundiais do setor, detém também alta tecnologia na produção de aços carbonos especiais de alta liga. (WIKIPÉDIA, 2008a).

As atividades básicas da economia do município de Timóteo são: indústria siderúrgica, comércio e prestação de serviços. A expressão industrial é dada pela companhia Arcelor Mittal Timóteo que, além dos rebatimentos diretos, gera também os indiretos na economia local, especificamente na ocupação de indústrias que demandam o aço como insumo e outros.

O clima da cidade de Timóteo é regime pluviométrico, com chuvas no verão e seca no inverno. Seu relevo é bem acidentado, sendo composto principalmente por morros e montanhas. O fornecimento de energia elétrica atende a 100% das residências do município de Timóteo. A economia é dividida da seguinte forma: no setor primário, apresenta uma área de 3.0807 hectares, contando com 77 estabelecimentos rurais aproximadamente, sendo produzidos anualmente em torno de 440 mil litros de leite, 120 mil toneladas de milho, 12 toneladas de feijão, 50 toneladas de banana, 40 toneladas de mel, 50 kg de própolis. (WIKIPÉDIA, 2008a).

Mas o que fortalece a economia do município é a siderurgia, hoje representada pela empresa Arcelor Mittal Timóteo, antiga empresa ACESITA, destacam-se também os ramos da mecânica, extração mineral, vestuário e madeiras. O município, atualmente, é conhecido como a capital do inox por ser a única siderurgia que produz aço do tipo em toda a América Latina, é também o segundo município do leste de Minas Gerais mais produtivo. O setor industrial se destaca com mais de 54% da população trabalhadora. (WIKIPÉDIA/2008a).

A cidade, hoje, apresenta baixos índices de analfabetismo, sendo 0,2%, menor índice de analfabetismo de todo o leste de Minas Gerais. Segundo dados da Prefeitura Municipal, o abastecimento de água e esgoto e a coleta de tratamento do lixo atendem 100 % da população. Possui Produto Interno Bruto de R\$ 1,84 bilhões. O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é de 0,836, a cidade tem em grande vantagem, o maior IDH do leste de Minas Gerais, sendo acompanhada por Ipatinga de 0,806, e em seguida, a cidade de Governador Valadares de 0,800.

Não podemos deixar de destacar a história política de Timóteo, considera-se um marco o ano de 1989, com o início de uma administração democrática, baseada na participação popular. A cidade passou a contar com vários conselhos, pautados na gestão democrática, que auxiliam a administração a definir suas metas, priorizar políticas públicas em todas as áreas. Atualmente, Timóteo é a 5ª cidade em qualidade de vida do estado de Minas Gerais e a 1ª do leste mineiro, é considerada a capital do inox, em função da produção industrial e abarca parte do santuário ecológico – o Parque Estadual do Rio Doce, maior reserva de mata atlântica. Os serviços de telefonia, entre aparelhos públicos e particulares, totalizam mais de 19 mil linhas. O transporte coletivo, em Timóteo, é feito pela empresa AUTOTRANS. São, em média, 34 veículos, em 18 linhas, que percorrem 195.200 quilômetros e transportam cerca de 450.000 passageiros/mês. De acordo com informações do DETRAN/MG, existe, atualmente, um veículo para cada 3 habitantes.

### **3.2 – A Organização da Saúde no Município**

Na tentativa de analisar os limites e possibilidades de efetivação do cuidado ao Portador de Transtorno Mental – PTM, torna-se imprescindível buscar compreender a organização da saúde do município de Timóteo, mesmo que seja de forma breve, pois estes dados servirão de subsídios para a análise do serviço a

partir da pesquisa realizada. A construção desta trajetória se subsidiará em dados do Plano Municipal de Saúde (2002-2003)<sup>43</sup>, Trabalhos de Conclusão de Curso – TCC e outros documentos que servirão de fonte de pesquisa para recuperar, mesmo que minimamente, a organização da saúde no município, já que, segundo informações obtidas através de contato com a equipe gestora, não existe nenhum relatório, sistematização acerca da trajetória histórica da Saúde no município na Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.

Segundo dados de Hemétrio et al. (1999), o desenvolvimento de atividades no âmbito da saúde pública se iniciou em 1967, quando foi criada a Secretaria de Educação e Saúde, que tinha sedes distintas, mas as ações se efetivavam em conjunto, como por exemplo: acompanhamento em Abrigo no bairro do Cachoeira do Vale, clube de mães, higiene corporal, grupos de engraxates. É relevante apontar que tais atividades se iniciaram logo após a emancipação do município, que ocorreu em 1964.

As atividades como palestras, reuniões comunitárias, eram realizadas em Igrejas, salões comunitários, em função da inexistência de espaços físicos dos serviços públicos. Na ocasião, não existia qualquer sistematização do trabalho, os profissionais atendiam em diversas áreas, envolvendo-se até mesmo com as questões administrativas.

No ano de 1973, criou-se a Fundação de Ação Social de Timóteo – FAST, que tinha como objetivo “organizar a Ação Social, dividindo o atendimento em dois setores distintos: saúde e assistência” (HEMÉTRIO et al., 1999, p.61), em 1974, foi criado o Estatuto desta instituição, privilegiando o desenvolvimento de ações na área da saúde. As ações desenvolvidas se pautavam por ações que buscavam prestar assistência para as pessoas consideradas indigentes, ou seja, aqueles que não contribuía com a Previdência Social, ou seja, não estava inserido no mercado formal de trabalho e que não tinha atendimento garantido através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAP's, pois a saúde estava vinculada a Previdência. Nesse contexto, a FAST realizou a abertura de duas frentes de trabalho, com o

---

<sup>43</sup> Esta é a última versão do Plano Municipal de Saúde existente no município, segundo informações da funcionária da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, encontra-se em fase de término de elaboração do Plano Municipal de Saúde/2008.



objetivo de proporcionar autonomia financeira<sup>44</sup>, sendo elas: duas lanchonetes e uma fábrica de calçados conforme regulamento da instituição, dessa forma foram criada as “Organizações FAST Ltda”.

A partir da abertura destas duas frentes de trabalho, a FAST buscou se integrar ao comércio e às indústrias locais, com objetivo de: “oferecer trabalho às pessoas com deficiências físicas que, naquela época, eram totalmente excluídas do mercado de trabalho; tentar dar autonomia econômica, a fim de não ficar totalmente dependente da Prefeitura Municipal de Timóteo.” (HEMÉTRIO et al., 1999, p.62).

No ano de 1978 contratou-se a primeira Assistente Social para atuar na FAST, com a finalidade de desenvolver o trabalho pautado em intervenções profissionais; buscou-se também a ampliação dos programas, serviços, como o serviço de psiquiatria, trabalhos educativos, palestras, acompanhamentos de crianças nas escolas. O desenvolvimento de tais ações se pautava pelo caráter educativo como, por exemplo, o desenvolvimento de ações de caráter informativo, a maneira de preparar os alimentos, combate à verminose, visitas domiciliares. “Timóteo contava com um número insuficiente de médicos especialistas, por isso era freqüente o encaminhamento de pacientes a Belo Horizonte, principalmente com distúrbio psiquiátrico”. Já se percebe que a trajetória histórica do município de Timóteo não negou a realidade nacional, pois desde esse contexto de surgimento do serviço de saúde no município se privilegiou a internação psiquiátrica como um dispositivo de tratamento ao Portador de Transtorno Mental, ou seja, conforme aponta a historicidade da saúde mental no Brasil.

Conforme assinala Hemétrio et al. (1999), posteriormente foi criada uma equipe multidisciplinar para desenvolver ações pautadas na prevenção à saúde, iniciou-se também a realização de um cadastramento da população usuária, revisado a cada seis meses. A FAST na época, já contava com profissionais da área médica, odontológica, farmacêutica e também com atividades como cursos de corte e costura, hortas comunitárias, raios-x, auxílio funeral e muitos outros benefícios, bem como iniciou o desenvolvimento de ações através de programas: materno-infantil, tuberculose, hanseníase, odontologia, levando Timóteo a ser reconhecido

---

<sup>44</sup> Segundo Hemétrio *et al.* (1999) em 1990 a administração vigente, doou as “organizações” às entidades filantrópicas de assistência ao adolescente para que pudessem dar continuidade aos serviços, atividades desenvolvidas, tal doação se efetivou em função da administração entender que o comércio não deveria “se misturar com a saúde”, buscou se então realizar uma integração com estas instituições, de forma a encaminhar os usuários para estes serviços a partir das necessidades apresentadas.

pela Organização Mundial de Saúde, pelo desenvolvimento do seu trabalho na área odontológica. Salienta-se que o trabalho da FAST era o único que gerenciava as ações sociais e de saúde pública no município nesse contexto.

A Constituição Federal de 1988 trouxe rebatimentos importantes na organização dos serviços de saúde no município, foram criados novos projetos, reformulados os já existentes, trazendo mudanças para o atendimento à população usuária, uma vez que era restrito aos indigentes, passando a atender a população. Mas para a efetivação desse atendimento foi necessário realizar uma avaliação sócio-econômica, e estabelecer novos critérios de atendimento, uma vez que a FAST não tinha infra-estrutura para atender a todos, utilizaram-se critérios, tomando como referência as pessoas com a renda familiar mais baixa. Para a efetivação desse atendimento, o usuário era submetido à triagem e, caso necessário, visita domiciliar. A FAST elaborou um manual de informações ao público acerca das informações referentes ao trabalho desenvolvido.

Após a privatização da empresa ACESITA, a economia da cidade sofreu sérios rebatimentos, como o crescimento do número de desempregados, aumentando a demanda para o atendimento aos serviços de saúde da FAST, uma vez que os mesmos não tinham mais acesso ao plano de saúde da empresa. É importante considerar que a empresa ACESITA representava uma fonte extremamente importante na economia na cidade, após a privatização da mesma, houve um aumento considerável pela procura dos serviços de saúde da FAST.

Em junho de 1989, ocorreu a desvinculação da Divisão de Assistência Social e Saúde, que representou uma tentativa de legitimação e organização de ambas as políticas no município de Timóteo. O Fundo Municipal de Saúde foi criado em 1992, visando atender as exigências da Constituição Federal de 1988 e exercendo a função de controle e avaliação contábil e financeira do Sistema Municipal de Saúde. Hoje as atribuições devidas do Plano Municipal de Saúde são exercidas pela Secretaria Municipal da Fazenda, conforme Plano Municipal de Saúde de 2002-2003.

No que tange à gestão democrática, o Conselho Municipal de Saúde foi criado pela lei nº 1.353 de 07 de dezembro de 1993, por força das exigências das leis orgânicas do SUS, caso contrário não receberiam os recursos do MS. Atualmente, funciona na sede da Secretaria Municipal de Saúde, as reuniões ordinárias realizam-se na primeira terça-feira de cada mês, a formalização das deliberações acontece

através de resoluções definidas após reuniões ordinárias do Conselho e são divulgadas pelo órgão executor, ou seja, a Secretaria Municipal de Saúde.

Em função da inexistência de registros, documentos em relação à organização do Serviço de Saúde no município de Timóteo, sabe-se que, aproximadamente, no ano de 2001, a FAST foi extinta e foi criada a Secretaria Municipal de Saúde.

Atualmente, é denominada Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social e, segundo o Plano Municipal de Saúde (2002-2003), o modelo assistencial pode ser qualificado como misto, através do atendimento das Unidades Básicas de Saúde e das 08 equipes da Estratégia de Saúde da Família, assistência que se complementa através de pronto-atendimento noturno, atualmente funcionando no Centro de Especialidades Raimundo Alves de Carvalho, mas tal atendimento vai ser substituído pelo Pronto-Socorro Municipal que se encontra em fase de implementação, conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. O município possui um hospital privado, conveniado com o SUS. A região metropolitana do Vale do Aço conta também com o Hospital Siderúrgica na cidade de Coronel Fabriciano, Hospital Márcio Cunha em Ipatinga, o Consórcio Intermunicipal de Saúde - CONSAÚDE e o Centro de Oncologia e Radioterapia, ambos localizados em Ipatinga.

A estrutura de atendimento se pauta por um fluxo hierárquico definido através de um sistema de referência e contra-referência entre os serviços da Secretaria de Saúde<sup>45</sup>. O atendimento de especialidades se concentra na Unidade Raimundo Alves de Carvalho, bem como os programas de Tuberculose/Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

Dessa forma, a rede de atenção à saúde conta com um Centro de Reabilitação, Central Odontológica e um Centro de Saúde Mental, é a base de um serviço de referência em saúde mental, uma vez que o município não possui o CAPS. Os serviços de saúde do município atendem tanto usuários encaminhados, como também a demanda espontânea, exceto o Centro de Especialidades que funciona na Unidade Raimundo Alves de Carvalho e o Centro de Reabilitação,

---

<sup>45</sup> O Sistema de Referência e Contra – Referência no município se efetiva através dos encaminhamentos da ESF e das UBS para os serviços que compõem a Secretaria Municipal de Saúde, através de um impresso próprio onde profissional de referência encaminha o usuário ao serviço especializado e/ou profissional, onde este, após realizado o atendimento, retorna a contra-referência. Mas este não é encaminhado para o profissional via usuário e sim através dos motoristas que realizam serviços na Secretaria Municipal de Saúde.

salienta-se que os Programas DST/AIDS e Hanseníase e Tuberculose também são serviços abertos, apesar de funcionarem no centro de Especialidades. A porta de entrada do usuário no sistema de saúde se efetiva pela atenção básica, através das UBS e ESF, conforme a demanda apresentada pelos mesmos, são encaminhados para os serviços especializados e/ou para o Hospital.

O Serviço de Saúde Mental de Timóteo foi implantado através da Secretaria Municipal de Saúde há 15 anos, no início, apenas uma pequena equipe atendia ambulatorialmente em Postos de Saúde, sem que houvesse uma política de Saúde Mental definida, o que ia ao encontro com o contexto da época, sendo a internação um único dispositivo utilizado.

Em 1993, com a contratação de outros profissionais, o serviço de Saúde Mental de Timóteo passou a trabalhar de forma centralizada, criando-se uma Unidade para ser referência em Saúde Mental. Atualmente, o serviço é denominado de Centro de Saúde Mental, funciona como ambulatório<sup>46</sup>, no horário de 07h às 18h, de segunda a sexta-feira, a equipe é composta por dois médicos-psiquiatras, cinco psicólogos, duas assistentes sociais, um enfermeiro, um farmacêutico, um terapeuta ocupacional, um monitor de oficinas terapêuticas, dois auxiliares de enfermagem, três agentes administrativos e dois auxiliares de serviços gerais. Essa equipe encontra-se em fase de construção, pois diversos profissionais acabaram de integrá-la, em função da realização do concurso público, em 2007, e nomeação em março de 2008.

O serviço de saúde mental é aberto, atende tanto a demanda espontânea como encaminhamentos, busca desenvolver suas ações na premência do cuidado, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental, na perspectiva da garantia de direitos, buscando desconstruir o estigma de “louco” como um ser perigoso e que, por isso, deve ser excluído do convívio social<sup>47</sup>. Porém, muitos desafios imperam no cotidiano dos profissionais de saúde do município de Timóteo porque, partindo da vivência enquanto profissional da saúde mental desde o ano de 2002, percebemos que, na assistência ao Portador de Transtorno Mental predomina ainda a solicitação

---

<sup>46</sup> O município de Timóteo juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde está pleiteando o credenciamento do serviço para CAPS II, via Ministério da Saúde, uma vez que este encontra-se desenvolvendo suas ações na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

<sup>47</sup> No que se refere a estigmatização do portador de transtorno mental, chamado de “louco”, o tratamento era bani-lo do convívio familiar, e este era visto como pessoa perigosa e agressiva, que precisava ser castigada, daí a justificativa para a internação e isolamento.

à internação psiquiátrica, porque prevalece a cultura, na sociedade, que o louco é perigoso e deve ser mantido longe do convívio social; no entanto, o que se vivencia no município é o encaminhamento do PTM pelos diversos serviços da Secretaria Municipal de Saúde para o Centro de Saúde Mental.

Sendo assim, o Centro de Saúde Mental assiste usuários procedentes de: Unidade Básica de Saúde – UBS, Estratégia Saúde da Família – ESF, egressos de hospitais psiquiátricos, Departamento de Medicina do Trabalho, Judiciário, Polícia e demanda espontânea. O fluxo do usuário no serviço se efetiva a partir da: Recepção Administrativa através de informações, agendamento de atendimentos, orientações em relação ao funcionamento de serviços. A porta de entrada do usuário no serviço é o acolhimento, realizado por profissional de nível superior, que irá “escutar”, acolher, avaliando os problemas, queixas apresentadas, estabelecendo critérios de atendimento, priorizando os casos de neuroses graves e psicoses, abordagem e tratamentos específicos demandados no momento ou realizando os encaminhamentos necessários. Os serviços oferecidos são: atendimento psicológico, atendimento psiquiátrico, oficinas terapêuticas e atendimento da terapia ocupacional, atendimento do serviço social, realização de atividades culturais e de lazer, atendimento da enfermagem, dispensa de medicação psicotrópica, reunião de familiares, visitas domiciliares.

A assistência à saúde no município de Timóteo se efetiva através de 30 (trinta) estabelecimentos terceirizados, cadastrados e/ou conveniados junto ao SUS com a seguinte distribuição: na Rede Pública – 11 Centros de Saúde para atendimento de rotina; 1 Centro de Reabilitação; 1 Centro de Saúde Mental; 1 Unidade de vigilância em Saúde; 1 Centro de Especialidades; 4 clínicas especializadas, 1 Centro de Especialidades Odontológicas e mais 11 consultórios odontológicos isolados. Em relação à Rede Conveniada, compreende: 1 Hospital Geral (71 leitos) e 1 Unidade de Tratamento Intensivo - UTI (4 leitos) e 4 unidades de apoio diagnóstico e terapia da Rede Terceirizada – 4 serviços de apoio diagnóstico. Total de médicos na rede municipal: 63. O Pronto Socorro 24h João Otávio: atendimento de urgência e emergência encontra-se em fase de implantação, conforme já mencionado anteriormente. (TIMÓTEO/Saúde com Qualidade, 2008c).

O município de Timóteo conta também com a Casa de Apoio, localizada em Belo Horizonte, em plena área hospitalar, que recebe em média 30 pacientes/dia em Tratamento Fora de Domicílio - TFD. A Secretaria Municipal de Saúde oferece o

café da manhã, almoço e jantar às pessoas que permanecem em Belo Horizonte durante todo o tratamento até o retorno a Timóteo. Os usuários da Casa de Apoio são encaminhados para tratamento nas mais diversas especialidades, entre as quais Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Hematologia.

### **ALGUNS INDICADORES**

**Expectativa de vida da população: 75 anos**

**Taxa de mortalidade infantil**

**Timóteo: 18,18 / 1.000**

**Minas Gerais: 20,43 / 1.000**

**Brasil: 25,06 / 1.000**

**Taxa de natalidade em Timóteo: 12,88 / 1.000 (2005)**

**Taxa de mortalidade em Timóteo: 4,84 / 1.000 (2005)**

Fonte: (TIMÓTEO/Saúde com qualidade, 2008c).

### **3.3 - Considerações sobre o percurso teórico – metodológico**

Neste momento, iremos apresentar uma discussão acerca da natureza teórico–metodológica deste trabalho de pesquisa, realizada a partir da revisão bibliográfica da saúde mental e também junto aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família – ESF e equipe gestora do município de Timóteo. Nessa perspectiva, apontaremos os procedimentos metodológicos referenciados e utilizados neste estudo. Segundo Vasconcelos (2002b), toda pesquisa exige “contextualização, descrição e avaliação da literatura e da teoria existente sobre o tema, ou seja, o uso do material bibliográfico secundário, mas o objeto principal é constituído principalmente por uma realidade concreta a ser investigada.” (p.159).

O presente estudo teve como finalidade analisar o cuidado ao Portador de Transtorno Mental - PTM na Atenção Básica, no município de Timóteo, junto às equipes da Estratégia da Saúde da Família - ESF e gestores municipais de saúde; buscou–se compreender também os limites e as possibilidades para a efetivação do cuidado, bem como identificar como vem sendo efetivada a assistência ao PTM na Atenção Básica, a concepção dos profissionais e gestores acerca da Reforma

Psiquiátrica, Integralidade, mudanças na organização dos serviços ao PTM. A efetivação desse estudo demandou uma sistematização da literatura, de forma a subsidiar uma leitura crítica da realidade investigada.

Salienta-se que, ao realizar um estudo acerca dos limites e possibilidades de efetivação do cuidado na atenção básica, identificou-se que a ausência do cuidado na atenção básica vem de uma cultura de continuísmo do modelo psiquiátrico tradicional no trato da saúde mental, em que predominava o encaminhamento para os serviços de referência de saúde mental, supondo que os profissionais da atenção básica ainda não têm conhecimento sobre as mudanças do modelo de tratamento proposto pelo Ministério da Saúde. A partir desse contexto, torna-se necessário perceber os limites e possibilidades que circundam o cotidiano dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em relação à efetivação do cuidado do Portador de Transtorno Mental.

O **cenário** de estudo investigado foi o município de Timóteo, que pertence à Gerência Regional de Saúde – GRS de Coronel Fabriciano, através da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, a particularidade das oito equipes da Estratégia de Saúde da Família e equipe gestora da secretaria municipal. Salienta-se que as equipes da ESF representam o total de equipes do município, sendo elas: 02 equipes no Distrito de Cachoeira do Vale, 01 equipe no Bairro Ana Moura, 01 equipe no Bairro Novo Tempo, 01 equipe no Bairro Macuco, 01 equipe no Bairro Recanto Verde, 01 equipe no Bairro Limoeiro, 01 equipe no Bairro Alegre. Os profissionais que compõem a equipe de saúde da família são todos contratados, pois não houve concurso público para essa categoria profissional; há, portanto, uma rotatividade dos profissionais, principalmente entre os médicos e enfermeiros. A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde onde funcionam a ESF, sendo que o horário da realização das entrevistas foi anteriormente estabelecido com cada profissional, através do contato telefônico, de acordo com sua disponibilidade. A equipe gestora é composta por: uma Secretária Municipal de Saúde e Assistência Social, 01 Coordenadora de Divisão de Atenção à Saúde, 01 Coordenadora da Atenção Especializada e 01 Coordenadora da Atenção Básica; atualmente a coordenação da atenção especializada encontra-se sem profissional de referência. Ressalta-se que foi entrevistado somente um membro da equipe gestora, pois os demais alegaram indisponibilidade de agenda em função de inúmeras atividades, a entrevista se efetivou na sede da Secretaria Municipal de

Saúde, onde esta trabalha. Assevera-se que foram realizadas entrevistas com os profissionais de todas as equipes da ESF do município de Timóteo e que não abordaremos a função da equipe gestora entrevistada, para que não seja possível identificar o entrevistado, já que o princípio do anonimato deve ser respeitado.

No que se refere ao cenário–político institucional, torna-se relevante destacar que o município de Timóteo vive um momento político bastante conturbado, houve troca sucessiva de prefeitos, totalizando quatro mudanças no poder executivo em um período de aproximadamente um ano. Tais alterações no poder executivo trouxeram modificações na organização e na oferta de serviços à população. A troca de profissionais, demissões, alterações na efetivação da assistência, na gestão dos serviços de saúde, acarretaram implicações diretas na continuidade dos serviços ofertados, bem como nas ações desenvolvidas. Em consequência, essas alterações provocaram também rebatimentos na pesquisa, pois se observou uma certa restrição nas falas, os profissionais tinham medo de se comprometer, apesar de terem sido informados que a pesquisa tem como finalidade estudos científicos, respeitando os princípios éticos, mesmo assim, foi possível perceber uma insegurança durante as entrevistas.

A partir do exposto acima, a efetivação deste trabalho caracteriza-se como um estudo que teve como base o **método dialético**. Conforme salienta Brohm (1979), esse método “considera as contradições internas na essência das próprias coisas” (p.13), tem como marca a *totalidade*, o caráter de abrangência, a *unidade dos contrários e a historicidade*, ao buscar, “cercar o objeto de conhecimento através da compreensão de todas as suas mediações e correlações, constitui a riqueza, a novidade e a propriedade da dialética marxista para a explicação do social.” (MINAYO, 1998, p.64). Nesse debate, Brohm (1979) chama atenção pelo fato de que “a dialética mostra, portanto que nenhuma coisa permanece idêntica a si mesma, que não pode existir nada igual a si mesmo, morta, cristalizada, imóvel. Pelo contrário, todas as coisas estão em devir [...]” (p.47).

O estudo buscou desvendar além da aparência, ou seja, “da aparência a essência”, partindo da própria realidade para a construção de um conhecimento; o qual foi construído a partir de uma relação entre o método dialético, a técnica de estudo de caso, a pesquisa qualitativa, a entrevista semi–estruturada e as observações, pois esses apresentam elementos que interagem entre si e fornecem subsídios para a reflexão da realidade investigada.



As **categorias da dialética** utilizadas nesse estudo são: a historicidade, a totalidade e a Unidade de Contrários. No que se refere à categoria da **historicidade** busca compreender a trajetória histórica dos fatos, pois a história não é linear e não é somente acontecimento. Essa categoria foi desenvolvida a partir da construção da trajetória histórica da política de saúde e da saúde mental no Brasil, abrangendo os fatores econômicos, políticos, sociais que incidiram nesse processo de luta para a consolidação da saúde enquanto direito; assevera-se que, nenhum objeto é descolado de sua história, dessa forma, fez-se necessária a realização de uma discussão acerca da trajetória histórica da saúde e da saúde mental no Brasil, até mesmo a especificidade da apreensão histórica do surgimento do município de Timóteo e dos serviços de saúde municipais, tudo isso nos oferece subsídios para uma leitura da realidade estudada; conforme Marx salienta o conhecimento é permeado pelo seu caráter histórico e ontológico<sup>48</sup>.

Soma-se ao exposto acima a categoria da **totalidade** que se expressa a partir da abrangência e a compreensão das particularidades. Tal estudo se efetiva a partir da análise de um todo, do reconhecimento das mudanças, da dinâmica da sociedade que se expressa a partir da percepção da totalidade. Vai desde a compreensão da emergência da política de saúde e de saúde mental, até a realização da discussão da integralidade, da relevância deste na atenção básica, da importância da interação entre profissionais da saúde mental e da ESF, uma vez que o cuidado ao PTM perpassa por todos os serviços; de acordo com Brohm (1979) “o princípio da totalidade concreta é o princípio metodológico essencial do método dialético” (p.32), aponta que é a categoria fundamental da realidade. Considera também a perspectiva da integralidade na assistência ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica, a visão integrada dos serviços que compõem a Secretaria de Saúde de Timóteo.

No que diz respeito à **unidade dos contrários**, considera o reconhecimento da realidade dinâmica, marcada por contradições, antagonismos. Foi possível perceber a contradição a partir da realização da pesquisa e das análises, particularmente no discurso dos profissionais entrevistados, pois alegaram ter uma compreensão acerca do cuidado ao PTM, da Reforma Psiquiátrica mas, na prática,

---

<sup>48</sup> Para Pontes (2000) a ontologia do ser social “é uma concepção de Lukács sobre a teoria social de Marx, na qual reconhece ser Marx o autor de uma verdadeira ontologia materialista da sociedade capitalista, já que todas as suas análises proposições se colocam em face de um determinado ser social (um ser real) e não de enunciados filosóficos e epistemológicos.” (p.38).

desenvolvem uma perspectiva oposta à apresentada. Os profissionais da ESF ressaltam um ponto de vista da integralidade da assistência, mas alegam não ter condições de efetivá-las em função da realidade concreta de intervenção, prezam pelo encaminhamento do PTM ao serviço de saúde mental de referência, o não conhecimento dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Nesse debate, Brohm (1979) chama a atenção para a constituição do movimento dialético, a coexistência dos aspectos contraditórios. Soma-se ao exposto, que o método é indispensável para a investigação social, dessa forma esse estudo se subsidiou pela dialética, uma vez que ofereceu elementos para a compreensão das relações entre indivíduo e sociedade, ou seja, a dinâmica real da sociedade, a partir da historicidade, da contradição e da totalidade.

Segundo Vasconcelos (2002b), esse estudo se apoiou na técnica de Estudo de Caso Único, pois tratou-se de um estudo das 08 equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Timóteo, sem comparações entre as mesmas e considerando o conjunto das equipes para a realização da análise. Ainda nas palavras do autor, o estudo de caso único se pauta pela crítica, são “revelatório ou extremo, nos quais um conjunto de circunstâncias especiais pode revelar um conhecimento inédito ou oferecer possibilidade de confirmar, desafiar ou estender as teorias existentes sobre fenômenos semelhantes” (p.201 - 2002).

Salienta-se que foi desenvolvida a revisão bibliográfica ou da literatura, conforme apontado por Vasconcelos (2002b), e a análise dos dados, a partir do Estudo de Caso, conforme assinalado acima, uma vez que este permite uma investigação dos fatos, preservando os seus reais significados e acontecimentos. Esse encontra-se relacionado ao estudo mais aprofundado do objeto, não permitindo desvinculá-lo de sua realidade, buscando assim a realização de análises acerca da realidade estudada, pois está vinculado aos aspectos sociais, políticos, visando assim atender os objetivos do estudo. Segundo Yin (1989), a primazia pela utilização do Estudo de Caso deve ser dada quando se trata do estudo de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas.

Nas palavras ainda de Yin (1989), o Estudo de Caso se caracteriza pela “[...] capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações” (p. 19). Busca explicar ligações causais nas

intervenções na vida real, que são muito complexas para serem abordadas pelas estratégias experimentais; descrever o contexto da vida real no qual a intervenção se concretizou; avaliar, ainda que de forma descritiva a intervenção realizada e explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

No que se refere à revisão bibliográfica, Vasconcelos (2002b) afirma que “normalmente são estudos de estado da arte, só que mais simples e descritivos, constituindo também um procedimento exploratório bastante utilizado para a avaliação da literatura dentro de pesquisas mais amplas” (p.159). Nesse debate, o autor salienta ainda que esse é um dispositivo estratégico de abordagem a ser realizado em pesquisas que contém especificidades, “principalmente nos tópicos de contextualização, dada a característica de multi – perspectivismo necessária no enquadramento de um objeto” (p.159). Ressalta-se que tal particularidade vem ao encontro da proposta de estudo pois, na atual conjuntura, a saúde mental perpassa por inúmeras mudanças apontadas pela Reforma Psiquiátrica, no entanto, a literatura existente em relação à especificidade da temática do cuidado ao Portador de Transtorno Mental na atenção básica ainda é escassa. Realizou-se a sistematização da bibliografia existente, pois essa encontra-se fragmentada, o que justifica a efetivação da revisão.

Essa sistematização se concretizou a partir do levantamento das bibliografias, pesquisas em internet, como, por exemplo, em sites de busca, bibliotecas virtuais como scielo, medline, lilacs e a do Ministério da Saúde. A trajetória percorrida para o desenvolvimento da sistematização da literatura se pautou pelo privilegiamento da literatura de Vasconcelos, Amarante, Lancetti, já que são as que mais se aproximam da realidade investigada, apontam discussões a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Realizou-se também pesquisa bibliográfica e documental como, por exemplo, Plano Municipal de Saúde de 2002 - 2003, bem como a pesquisa em livros, textos, artigos acadêmicos, dissertações, teses e outros, com a finalidade de aprofundamento da discussão. Evidencia-se que o referencial teórico do presente estudo encontra-se incorporado à revisão bibliográfica.

Para o estudo de casos optou-se pela análise qualitativa, para melhor apreensão da realidade estudada e tal escolha se justifica por ser o tipo de abordagem que melhor se coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos. Minayo (1998) destaca que a pesquisa

qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Seu foco é a experiência humana e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas.

Sobre a pesquisa qualitativa, a autora destaca que essa, no campo da saúde, traz especificidades da dinâmica econômica, política, ideológica que estão vinculadas ao processo saúde e doença, a institucionalização, a organização dos serviços do SUS, vista em uma perspectiva de totalidade.

A definição do lócus da pesquisa esteve vinculada às observações oriundas da experiência profissional, enquanto assistente social do Centro de Saúde Mental desde o ano de 2002, a partir dos contatos e visitas realizadas ao PTM. Foi possível perceber que as equipes da ESF apresentam inúmeras inquietações no que se refere à assistência ao PTM, as ações ocorrem de forma fragilizada, desarticulada dos demais serviços da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, principalmente do serviço de referência em saúde mental.

Os sujeitos que constituíram este estudo foram a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, os Agentes Comunitários de Saúde, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos das oito equipes de saúde da família do município que aceitaram participar da pesquisa.

Salientamos que o município de Timóteo possui atualmente 08 equipes de saúde da família, totalizando 08 médicos, 08 enfermeiros, 08 técnicos/auxiliares de enfermagem e 40 agentes comunitários de saúde e 04 profissionais da equipe gestora. A pesquisa foi realizada com os profissionais da ESF, não considerando a sua totalidade, devido a algumas particularidades, como, por exemplo, no que se refere à equipe gestora, em função de inúmeras atividades e compromissos desses, não foi possível entrevistá-los. Alguns agentes comunitários de saúde encontravam-se de férias, de licença médica e maternidade. Uma enfermeira estava de licença maternidade.

**TABELA**

**Profissionais da Estratégia Saúde da Família e equipe gestora do município de Timóteo que participaram da pesquisa - 2007/2008**

<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>Nº</b>
Gestores Municipais de Saúde	01
Agentes Comunitários de Saúde	33
Enfermeiros	07
Médicos	04
Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	06
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Fonte: Questionário aplicado a equipe gestora e profissionais da equipe da saúde da família.

Em relação aos médicos, um estava de férias, uma equipe encontrava-se sem o profissional devido a saída do mesmo, dois se recusaram a participar da entrevista, um justificou em função da sua inserção precoce na equipe, apenas uma semana e o outro, agendou várias vezes, mas cancelou posteriormente. Em relação aos técnicos de enfermagem, uma alegou que estava na equipe há poucos dias em função de estar cobrindo uma licença de saúde da técnica da ESF e a outra justificou que a sua rotina é muito comprometida, não tendo disponibilidade de horário para a realização da entrevista. Conforme apresentado acima, o total de sujeitos foi de 51 profissionais da saúde, a partir da autorização prévia dos mesmos para a realização da entrevista. Salientamos que a realidade é dinâmica e as condições concretas de trabalho sofrem alterações cotidianamente, o que deve ser considerado na realização das entrevistas.

No que se refere à realização da pesquisa não houve dificuldades administrativas, uma vez que a mesma já havia sido autorizada conforme regulamento do Comitê de Ética, esclarecemos que foi feita uma reunião com todos os Agentes Comunitários com objetivo de informá-los acerca da pesquisa, outra reunião com os 04 membros da equipe gestora em outubro de 2007 e, com os demais profissionais, foram realizados contatos telefônicos para esclarecimento acerca da pesquisa e demais explicações necessárias. Os gerentes das unidades de saúde foram comunicados acerca da pesquisa, o que facilitou o agendamento com os profissionais.

A coleta de dados se efetivou também, conforme apontado anteriormente através de pesquisa em documentos institucionais como o Plano Municipal de

Saúde, relatórios do Centro de Saúde Mental e utilizou-se a técnica de entrevista semi-estruturada, como fonte de informação. A entrevista semi-estruturada, de acordo com Minayo (1998), possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão, não ficando preso, cria-se uma interação. É um instrumento privilegiado para coleta de informações, pois os entrevistados através de seus discursos, valores, crenças e percepções transmitem informações acerca das condições históricas, sociais e econômicas, conforme salienta Minayo (1998).

A entrevista semi-estruturada, segundo a autora, é de extrema relevância para compreender as posições de determinado grupo e as relações que se dão entre os atores sociais. O roteiro da entrevista semi-estruturada, conforme Apêndice I, apoiou-se em variáveis e indicadores que possibilitaram a construção de dados empíricos, permitindo assim maior flexibilidade durante a entrevista. A forma de registro das entrevistas foi a gravação e anotação, destacamos que as mesmas foram realizadas após terem sido autorizadas.

A coleta de dados ocorreu durante e após as entrevistas, pois, ao encerramento de cada entrevista gravada, continuava a coleta de dados, mas off line, o que possibilitou que muitos dos entrevistados ficassem mais “à vontade” para emitirem a sua opinião. Dessa forma, é a partir desse conjunto de arsenais, como o método dialético, a abordagem qualitativa, o estudo de caso, a entrevista semi-estruturada, que se concretizou a pesquisa, já que são os que mais coadunam com a realidade investigada, a qual é permeada de transformações, contradições e conflitos, permitindo assim uma verificação mais detalhada da realidade, das questões particulares, a partir da descrição dos sujeitos da pesquisa e uma interlocução desta com o arcabouço teórico– metodológico.

Através do instrumento de coleta de dados foi possível verificar a compreensão dos profissionais acerca da saúde, reforma psiquiátrica, integralidade, o cuidado ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica. Fez-se o pré-teste, o que possibilitou verificar a compreensão dos profissionais de saúde sobre as questões apresentadas, bem como a realização das alterações necessárias no roteiro.

Considerando que essa pesquisa envolveu seres humanos, de acordo com a Portaria do Conselho Nacional de Saúde de nº 196/96, que trata deste tipo de pesquisa, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa - CEP, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF e aprovado. A pesquisa incorporou os

quatro princípios da bioética: autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência que norteiam a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contém diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa envolvendo seres humanos, sejam elas realizadas por qualquer categoria profissional, de forma direta ou indireta, individual ou coletiva, nos campos biológico, psíquico, educacional, cultural ou social, incluindo o manejo das informações e matérias (FORTES, 1998). Após a autorização da gestora municipal de saúde e assistência social, fez-se o agendamento das entrevistas, sendo que as mesmas aconteceram nas unidades de saúde de origem de cada profissional, segundo a disponibilidade de cada profissional, no período de novembro de 2007 a fevereiro de 2008.

O princípio da autonomia foi considerado mediante o esclarecimento aos informantes da pesquisa de que sua participação seria voluntária, sendo que, a qualquer momento, poderiam se negar a responder às questões, como também poderiam desistir da pesquisa, evidenciando assim o consentimento livre e esclarecido, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No que se refere ao princípio da justiça, garantiu-se o anonimato, assim como o respeito à individualidade dos informantes. Quanto ao princípio da beneficência, ficou acordado que será devolvido o resultado da pesquisa aos informantes e aos representantes da instituição envolvida, objetivando uma forma de devolução dos resultados obtidos. No que diz respeito à não-maleficência, os informantes foram esclarecidos de que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo moral ou profissional.

Realizou-se a transcrição das entrevistas na íntegra, sendo posteriormente efetuada a leitura das mesmas, a seleção e ordenamento dos dados coletados, na perspectiva de estabelecer relações entre elas e a interlocução com o referencial teórico. Sendo assim, foi possível realizar a categorização dos dados, procedendo a análise e interpretação dos mesmos. Foram estabelecidos eixos de análises, como: a concepção de saúde e do cuidado, a organização do trabalho, limites e possibilidades de efetivação do cuidado na atenção básica, a partir de cada categoria profissional, considerando um eixo, médicos e enfermeiros; segundo eixo, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Para a apresentação dos depoimentos coletados, os profissionais foram identificados a partir das seguintes siglas e enumerados: Equipe Gestora (EG), Enfermeiros (E),

Técnicos/Auxiliares de Enfermagem (TE/AE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Enfim, as entrevistas realizadas, as observações, a revisão da literatura existente no âmbito da saúde mental e a análise dos dados, contribuíram para compreender a ausência do cuidado ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica, identificando os limites e possibilidades que permeiam esse campo de atenção. O desenvolvimento desse estudo traz, em seu bojo, uma relevância profissional e teórica, uma vez que implica uma postura crítica, questionadora diante da realidade, empreendendo esforços para a busca na melhoria da atenção ao Portador de Transtorno Mental.

### **3.4 – Decifrando a realidade da Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família**

Neste momento, será apresentada a discussão e análise dos resultados da pesquisa, com a finalidade de buscar compreender as concepções da equipe de saúde da família acerca dos limites e possibilidades que circundam a efetivação do cuidado ao Portador de Transtorno Mental - PTM na Atenção Básica - AB, mais particularmente na Estratégia de Saúde da Família – ESF.

A proposição de se analisar a percepção da equipe da ESF se justifica pela relevância dos mesmos na atenção à comunidade, pois buscam realizar uma interação do indivíduo, familiares com a equipe, bem como o desenvolvimento de ações pautadas na lógica do território, cadastramento familiar, na prevenção e na promoção da saúde, sendo eles, os profissionais mais próximos da comunidade. Enfatiza-se que a equipe da ESF são os protagonistas desta análise, em função do interesse da visão dos mesmos em relação à atenção ao PTM.

Como já ressaltado anteriormente, a natureza deste estudo é qualitativa, perpassará pela análise dos limites e possibilidades de efetivação do cuidado na atenção básica, buscando compreender a percepção dos profissionais em relação a concepção de saúde, da Reforma Psiquiátrica, Integralidade, ou seja, a concepção do cuidado, a organização do trabalho e os limites e possibilidades que permeiam o cuidado ao PTM na ESF.



### **3.4.1 - A percepção dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e equipe gestora**

A pesquisa foi realizada com todos os profissionais da atenção básica, no entanto, nesse momento será apresentada a percepção dos médicos, enfermeiros e equipe gestora. A presente análise será organizada em eixos temáticos, o que proporciona uma facilidade na compreensão dos resultados alcançados a partir das entrevistas realizadas.

#### **Eixo 1 – A Concepção do Cuidado**

A pesquisa teve início com o privilegiamento da concepção de cuidado ao PTM, sendo a primeira pergunta sobre a concepção de saúde que orienta o desenvolvimento do trabalho na ESF. Percebe-se que as opiniões acerca do conceito de saúde apresentam pontos em comuns, mas algumas com ênfase no conceito da Organização Mundial de Saúde – OMS, porém outros consideram questões mais abrangentes, buscando uma compreensão que ultrapassa esse conceito. No entanto, pode-se salientar que nenhum dos profissionais entrevistados tratou a saúde como mera ausência de doença. Dessa forma, os conceitos apresentados revelam uma aproximação e uma interlocução do que está proposto pela OMS e a Constituição Federal de 1988.

Saúde é o bem estar físico, mental, social, é um equilíbrio de todo o indivíduo. A minha concepção de saúde, eu entendo como saúde que é o bem estar físico, mental, social, é o equilíbrio do indivíduo em si, pro seu próprio bem-estar (E1).

Saúde pra mim é um conjunto de várias coisas. Tem aquele conceito da Organização Mundial de Saúde, que fala que saúde não é só um bem-estar físico, mas também um bem-estar físico, psíquico e mental. Então é um conjunto destas coisas, não adianta a pessoa estar bem só fisicamente e não está bem psicologicamente, que eu acho que é uma coisa que interfere muito no físico. E, além disso, outros fatores que interferem é o lazer, a educação que são coisas que vão interferir na saúde das pessoas (E 2).

Saúde na verdade é um conjunto de fatores que favorecem o bem-estar, o bem-viver da pessoa, da comunidade, e de certa forma também as relações interpessoais, isto também traduz a saúde (E 3).

A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Atualmente, o conceito de saúde busca ultrapassar essa definição, o artigo 196 da Constituição Federal de

1988 compreende a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A Lei Orgânica da Saúde – LOS, no artigo 3º, cita os fatores determinantes e condicionantes da saúde, sendo eles: a alimentação, moradia, saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação e outros; “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL/MS, 1990). A saúde é resultado de um processo histórico, social, de lutas e conquistas da sociedade brasileira, que engloba diversos fatores que permeiam o cotidiano do indivíduo, como: trabalho, família, moradia.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL/MS/Conferência Nacional de Saúde, 1987, p.382).

Na atual conjuntura, discute-se o conceito ampliado de saúde, [...] “envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida” (BRASIL/MS, Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2004b), dessa forma, percebe-se que alguns profissionais da ESF já compreendem esse significado, buscando organizar o seu trabalho a partir dessa nova denominação do conceito de saúde.

Saúde pra mim é um conjunto de coisas que tem que está muito bem equilibrada para no final, para depois eu fale que a pessoa tem uma saúde. São influências, coisas que influenciam na questão física da pessoa, a questão, do equilíbrio emocional, até por equilíbrio espiritual, onde é que a pessoa busca as forças dela pra enfrentar os problemas do dia a dia, é a questão do equilíbrio do corpo também, tudo está funcionando perfeitamente bem, e eu acho também que tem a questão social, que essa é fundamental assim, em muitos dos casos pra atingir, a saúde das pessoas. Então, está um desequilíbrio social muito grande em minha volta envolvendo familiares, uma série de coisas, então rapidinho você já começa a desencadear um processo de doença na pessoa, alguma coisa. Então eu acho assim, que tudo está interligado. Tudo é um conjunto que no final vai dá aquele corpo com uma condição de saúde. É como se fosse uma máquina que tem as suas engrenagens, que tem que funcionar perfeitamente e para que ela funcione perfeitamente, ela tem que ter boas influências de todos esses lados (E 6).

Para Pinheiro et al. (2005), a saúde é um direito do ser humano, uma “conquista reconhecida internacionalmente como um direito humano fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos” (p.15). A autora salienta também que é preciso compreender a saúde “como prática social inerente à condição humana” que demanda a afirmação de direitos da população e dever do Estado em garanti-la, dessa forma é preciso buscar novas ferramentas e dispositivos para a produção da saúde. A política de saúde, no Brasil, é marcada por uma trajetória de lutas e também pelos avanços no aparato jurídico.

Esse conceito saúde, eu acho que ele vai muito além do que a Organização Mundial de Saúde nos orienta a fazer. Eu acho que a saúde não engloba só em termos de patologia, para tratamento medicamentoso, então, como no seu trabalho que você está desenvolvendo a questão psiquiátrica, ou seja, psicóticos de uma forma geral, isso também vale pra esse conceito de saúde, porque saúde não é só você ter um corpo saudável, sem ter essa cabeça também saudável. Então o conceito de saúde que eu daria aí é um corpo totalmente livre de qualquer patologia, inclusive a patologia psicológica ou psiquiátrica que venha acometer o ser humano (M3).

Nesse sentido, observa-se que mesmo tendo uma aproximação com o conceito ampliado de saúde, alguns profissionais ainda baseiam-se no conceito da Organização Mundial de Saúde. Percebe-se uma contradição, uma vez que a atual concepção de saúde ultrapassa esse conceito, destaca que a sua prática deve ancorar a partir da perspectiva abordada acima, contrapondo com a atual proposta do MS e da Política Nacional de Atenção Básica.

Dessa forma, aponta-se para uma necessidade de compreensão de um outro conceito de saúde, buscando considerar os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, bem como os fatores determinantes e condicionantes da saúde, conforme preconiza a LOS. Apesar de alguns profissionais terem apreendido o conceito ampliado de saúde, foi possível perceber, a partir das entrevistas, que a concepção de saúde que norteia os médicos e enfermeiros perpassa pelo conceito da OMS, no entanto, observa-se uma necessidade de ampliação da concepção de saúde, considerando os aspectos sociais, econômicos e culturais. Na verdade, a práxis na ESF exige desses profissionais um olhar diferenciado em relação ao sujeito, pois devem compreendê-lo na sua realidade, a partir de sua cultura e valores.

No que se refere ao cuidado ao PTM na AB na perspectiva da integralidade, percebe-se que o conhecimento e práxis desses profissionais ainda é muito

incipiente, pois dos profissionais entrevistados, somente uma enfermeira, um médico e a gestora apontam o conhecimento dessa abordagem. Para Pinheiro et al. (2005), a prática da integralidade na saúde se constitui a partir de “uma postura de escuta ativa das demandas, por meio de vozes que têm por implicação ética a produção da saúde como direito de cidadania” (p.20).

Nada. Nada. Não ouvi falar nada (...).Dependendo do transtorno que a pessoa tem, do problema que tem, é difícil tratar a pessoa em casa. Eu acho que tem, eu acho que às vezes tem que ter uma atenção hospitalar sim (...). Eu sei que pra casos mais graves tem internação sim. Mas, eu acho que o caso que é grave, que não é grave, de como a realidade dentro da casa das pessoas que eu vejo nas minhas visitas, é muito diferente do que a proposta do governo, tal, de acabar com a internação de pessoas com problema (M 1).

Olha, eu não conheço muito não, realmente eu não to muito dentro dessa proposta não, eu sei da criação do CAPS, do sistema de integração ao portador de doença mental, mais a fundo eu não sei te falar não (E 1).

Segundo Mattos (2007), a integralidade na atenção busca indicar a necessidade de reflexão acerca da organização, estruturação e “desenho” do sistema de saúde e suas práticas, procurando ultrapassar os limites deparados no cotidiano dos serviços, privilegiando uma assistência que valorize o sujeito, no contexto onde está inserido e suas experiências de vida. Ao buscarem compreender a noção de cuidado, Pinheiro e Guizardi (2006) salientam que “não o apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser” (p.21), pois cuidar envolve o escutar, acolher em seu sofrimento, a partir da demanda apresentada.

A gente trabalha com o portador de doença mental, é, muito dentro da Unidade, nas visitas domiciliares e **nos encaminhamentos à Saúde Mental**. No que diz a integralidade, eu acho que ainda falta muita coisa, eu acho que a equipe, falta ser mais preparada, ter mais capacitação pra lidar com os pacientes portador de saúde mental, nós profissionais de nível médio-superior também falta uma capacitação (...) (E 4) (Grifo da autora).

Olha, eu vejo porque, quando agente fala do bem estar físico e mental então nada mais que a gente estar lidando com a pessoa de transtorno mental e eu vejo que os profissionais não estão ainda instruídos com o próprio portador de transtorno mental e tem aquele medo, aquele preconceito, de não saber lidar com aquilo. Então se a pessoa tem uma demanda que é com relação a hipertensão, ela também tem uma demanda do transtorno mental. Então o ser humano tem que ser olhado na sua totalidade e não fragmentado (...). Então eu vejo que está faltando, a questão da atenção do portador de transtorno mental, porque ele fica quem, ele não faz parte desse todo, que deveria ser. Essa política de

saúde, então quer dizer parece que o paciente de transtorno mental não faz parte dessa política de saúde, parece que está separado, e tem essa questão do preconceito e isso é difícil pra gente lidar com ela. Os profissionais não entendem isso (EG 1).

É possível identificar com clareza que os profissionais da ESF não conhecem a proposta de atendimento ao PTM na atenção básica, apesar de apontarem a integralidade como referência, eixo central nos atendimentos, primam pelo encaminhamento para o serviço de saúde mental, não efetivando o cuidado ao PTM; expressam também a existência de uma lacuna nesse atendimento, alegam sentir-se despreparados para a efetivação dessa prática. Observa-se uma contradição nesse aspecto, pois mesmo tendo uma concepção ampliada de saúde, quando se referem ao PTM, não conseguem realizar a assistência a partir do novo entendimento e sim privilegiam o encaminhamento ao Centro de Saúde Mental, no entanto, o que se identifica que o conceito ampliado de saúde não se aplica ao PTM.

Conforme está preconizado na Linha Guia de Saúde Mental/MG (2007), a interação da Saúde Mental e da Saúde da Família é necessária, desejável e possível de se concretizar, já que a Reforma Psiquiátrica aponta para abertura de serviços abertos, comunitários, bem como a assistência mais próxima de sua residência, buscando a formação de vínculos conforme preconizam os princípios gerais da organização da ESF. É importante salientar que a Política Nacional de Atenção Básica procura considerar o sujeito em sua “singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças (...)” (BRASIL, 2006a, p.10). Nesse sentido, a Política referencia também acerca do cuidado ao PTM pela ESF e não pelo encaminhamento ao serviço de referência em saúde mental, é preciso compreender que o PTM é passível de desenvolver doenças como diabetes, hipertensão e outros, sendo assim, denota-se mais uma vez a necessidade do mesmo ser acompanhado pela ESF, no entanto, o estudo nos mostra a fragmentação da atenção, desconsiderando-o como sujeito que adoece clinicamente.

Pereira (2007) salienta que a formação em saúde mental, particularmente a de médicos e enfermeiros não enfatiza essa temática no processo de graduação, a carga horária das disciplinas é insatisfatória, com centralidade no modelo biomédico, desconsiderando os aspectos psicossociais e comunitários. O autor salienta também

que a capacitação em saúde mental para os profissionais da AB é de suma relevância.

Bem, na verdade a gente tem certo conhecimento, um conhecimento muito básico em questão da saúde mental adquirido ainda na graduação, no período da graduação. Mas em relação à saúde pública, da saúde mental na saúde pública a gente ainda tá caminhando ainda, buscando mais conhecimento (E 3).

Nessa perspectiva, Alves e Guljor (2006) destaca que a assistência psiquiátrica é um problema de saúde pública desde o século XX, deparando com inúmeros questionamentos e resistências em relação à mudança no cuidado. Para os autores, os “elementos fundadores do PSF são comuns também a esse novo paradigma de cuidado: a integralidade, o conceito de cobertura e responsabilidade territorial e o conceito de perenidade de cuidado” (p. 232). Mas advertem, há existência de riscos, como a reprodução do modelo biológico pelas ESFs, no entanto, é no cotidiano do trabalho das equipes que se busca a construção da integração em saúde mental.

Primeiro que a gente tem que está tendo mesmo um conhecimento de tudo, de toda a nossa comunidade. Então assim, e esse é uma assim, é uma parte muito complicada, porque está fragmentada muitos e muitos anos, então é aquela coisa que a gente perde um pouquinho da história, a gente perde um pouco do paciente, às vezes se tiver sendo vigiado mais de perto, tendo um controle melhor, ele, às vezes, nem precisaria de entrar em crise, de chegar numa situação aguda, numa coisa mais complicada. Mais eu acho importante citar também, não só essa questão do paciente, mas a questão da família do paciente é importantíssimo. Não dá para não pensar no paciente, transtorno mental ou de qualquer doença psiquiátrica, de estágio, que você não pense na família dele também. Porque os meus grandes problemas não é com o paciente, é com a família do paciente, com os vizinhos, as pessoas mais íntimas, as pessoas mais próximas daquele paciente, principalmente a família. Então assim, não adianta nada ter todo um trabalho todo maravilhoso em torno do paciente, mas se a gente esquece o lado da família que é aonde ele vai voltar. Como é que é essa família? Ela teria também que está participando desse tratamento, ela teria que está sendo envolvida gradativamente, porque as pessoas que mais se desesperam e que chegam pra gente e que desistem, querem depositar suas doenças em todos os lugares. Eu acho que antes de organizar qualquer programa, antes de fazer qualquer coisa, pra vim descer pra nós, pra gente está fazendo qualquer coisa, eu acho que deveria ter mais seminários, encontros que durassem uma semana, para gente discutir junto com familiares de portadores destes problemas, junto com entidades da comunidade, junto com autoridades do Município, junto com as equipes de PSF (E 6).

Foi possível perceber que os médicos e enfermeiros apresentam inquietações no que se refere à efetivação da assistência ao PTM, consideram que tal atendimento demanda conhecimentos teóricos, pois o processo de formação não se

ênfatiou acerca dessa abordagem e não possuem tranquilidade, segurança para a realizaçãõ da atençãõ; há uma necessidade de capacitaçãõ e de aprofundamento desta, como estratégia de buscar instituir a mudançã na atençãõ ao PTM pela ESF, pois o que se conhece restringe ao encaminhamento, prática efetivada por eles.

Em se tratando da integralidade na abordagem ao PTM, um dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, ainda se constitui um desafio. Conforme destaca Pinheiro e Guizardi (2006), a integralidade é um dispositivo político, de críticas de saberes e poderes já instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos em espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde (p.21).

A integralidade deve estar presente nos mais diversos serviços, assistência prestada, que vai desde uma assistência mais simples ao procedimento mais complexo, sendo uma prática social pautada no conhecimento das inúmeras singularidades que perpassam o cotidiano dos usuários do SUS e, especificamente, o do PTM. Conforme salientam os autores, a integralidade “permanece como um objetivo de difícil apreensão e de difícil operacionalização” (p.23), pois a sua efetivação se esbarra em diversos limites, seja no âmbito da compreensão da proposta da atenção integral, seja institucional. O que foi possível desvendar é que os profissionais apresentam uma “fragilidade” ao citar exemplos de abordagem na perspectiva da integralidade, porque se percebe um despreparo para atender esse público, conforme também já apontado acima, não conhecem a proposta de atenção ao PTM na ESF na perspectiva da integralidade, entretanto, não é uma realidade somente do município de Timóteo, conforme enfatizado na Linha Guia de Saúde Mental/MG (2007), é uma realidade vivenciada por inúmeros municípios e regiões, porque o cuidado em saúde mental demanda um rompimento com um paradigma, uma assistência referenciada, como um simples encaminhamento, em detrimento da responsabilização compartilhada, tanto é que, os profissionais apontam e reconhecem tais limites.

As oficinas terapêuticas, com o intuito, como eu já falei, da socialização dessas pessoas, o atendimento individual dessas pessoas para está vendo as necessidades de cada portador de sofrimento mental, para que a gente possa está direcionando a família ao cuidado desses pacientes também e está inserindo a sociedade nesses trabalho para aceitar o portador de sofrimento mental (E 5).

Acho que oficinas, grupos operativos, terapia em grupo (E 2).

Esses profissionais enfatizam o atendimento que deve ser realizado, mas não conseguem identificar dentro da abordagem, a integralidade na assistência ao PTM, as quais são efetivadas de maneira fragmentada, pontual e, na maioria das vezes, a partir da demanda apresentada, não uma identificação do PTM por parte da equipe; somente um enfermeiro destacou acerca das questões a respeito da abordagem ao PTM; outro destaca a possibilidade de efetivação de diferentes dispositivos terapêuticos existentes no seu cotidiano.

A gente verifica tanto a parte física, o exame físico, quanto o exame psicomotor e também a questão da família, do convívio comunitário e social de forma geral (E 3).

(...) além da visita domiciliar, poderia criar também algumas ações que fossem introduzir o grupo nas ações do PSF, como atividades de lazer, eu sei que algumas pessoas assim eu tive em outro PSF, que alguns portadores de doença mental tinham, eles eram os mais participativos no que agente pedia para fazer, então além de fazer uma visita com acompanhamento, uma referência, a gente manter uma referência e uma contra referência com o médico que está atendendo o paciente é, procurar integrá-los nas atividades do PSF, que é uma parte que fica um pouco de lado, a gente trabalha com hipertensos, trabalha com diabéticos, trabalha com um grupo de puericultura, com um grupo de saúde da mulher, faz entrevistas, faz orientação de tudo, mais a gente deixa um pouco de lado o portador de saúde mental, **deixa só pra atendê-lo na hora da crise, deixa só pra visitá-lo na hora que o parente busca é, socorro no PSF, e não é só nesse PSF, mais todos os PSFs eu vejo a falta de integração mesmo deles**, dentro do nosso trabalho, dentro das nossas atividades diárias, a gente não tem nada muito específico para eles dentro do nosso grupo de trabalho, então quer dizer pra cada grupo, idoso, a gente procura unir, integrar no grupo Humanizar, nas palestras de hipertensos e diabéticos a gente busca atividades de lazer para eles, é dando dinâmica, algumas brincadeiras, mais o portador de saúde mental fica a desejar, a gente não tem nada especificamente voltado pra eles, eu posso falar nem tanto no PSF se a própria rede não oferece isso (E 1) (Grifo da autora).

A partir da análise das entrevistas, é possível perceber com clareza que não existe nenhuma atividade voltada para o PTM no âmbito da saúde da família e que os atendimentos são realizados em momento de crise, surto, sem qualquer intervenção pautada na integralidade da assistência.

Em se tratando da compreensão dos profissionais e gestor em relação a Reforma Psiquiátrica, todos alegaram conhecer, porém a perspectiva está voltada para o fechamento dos hospitais psiquiátricos e da não internação. É preciso compreender a Reforma, como a superação do modelo hospitalocêntrico, mas também como um amplo movimento de mudanças, que vai desde a assistência, a organização dos serviços, o aparato jurídico constitucional, conforme destaca



Vasconcelos (2002a). A Linha Guia de Saúde Mental/MG (2007) aponta alguns aspectos da Reforma Psiquiátrica: respeito à singularidade, crítica ao tecnicismo, a coragem do pensamento, a superação do hospital psiquiátrico, a implantação de uma rede de serviços substitutivos, presença na cultura, a interlocução com os movimentos sociais, a perspectiva da integralidade, a luta pela transformação social e outros.

Eu acho que é este direito mesmo de todo ser humano de ir e vir, é acabar com este sistema de asilamento onde a pessoa fica totalmente vulnerável a maus tratos, sei lá, dar uma melhor qualidade de vida melhor pra estas pessoas, porque estas pessoas são muito confundidas com marginais, com pessoas perigosas e eu acho que é pelo menos uma tentativa de reverter esta situação (E 2).

Que agora vem um CAPS, para o tratamento dele, mais que não é uma coisa igual era antes. Agora se tenta a reintegração do indivíduo na família, no ambiente que ele vive, mas assim, falar verdade eu vejo que isso ficou um pouco restrito ainda, não tem uma divulgação muita ampla disso, pra rede no geral, eu falo não só pra enfermeiros, médicos, eu falo no geral, porque muita gente ainda entende como o paciente como não deve. É então, porque isso ainda pra gente, a gente até entende que isso já não é mais um método adotado, mais que o governo propõe uma nova mudança nesse tipo de assistência, mais alguns usuários ainda vêem como isso, o manicômio tem a solução dos problemas deles (E 1).

Para Amarante (1995), o conceito de Reforma Psiquiátrica é político, dotado de complexidade, pauta-se pelas críticas ao modelo de atenção hospitalocêntrico e pela forma de cuidar do PTM. A reforma busca a transformação da atenção ao PTM, a partir da sua valorização, inserção na comunidade e o respeito à sua singularidade. De acordo com o Relatório da Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil (2005), a Reforma “é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, no governo federal, estadual e municipal” (p.6). Essa deve ser compreendida a partir de um arsenal de alteração no que tange às práticas, saberes, valores em relação à assistência ao PTM. Nessa perspectiva, a equipe gestora e enfermeiro apontam a Reforma, destacando acerca de mudanças na esfera do cuidado e também a importância da família no acompanhamento.

O que a gente sabe é que a gente precisa garantir o direito ao portador de doença mental à socialização, e é isto que eu acredito que a gente tem que buscar a todo o momento exatamente pra garantir este direito a eles. Impedindo que eles fiquem com mais problemas, inclusive outros agravos (E 3).

É porque essa questão da não internação, então a gente vê que muita das vezes o usuário era internado, às vezes nem tinha necessidade, mas pela demanda que é da família, a família que não está preparada. Não só a família como os profissionais também da saúde, não está preparada pra lidar com essas questões, então é o que eles preferem, porque é trabalhoso. Não é fácil trabalhar com paciente de transtorno mental, a família ela fica realmente fragilizada e ela não tem o suporte necessário. Que se ela tivesse o suporte necessário de profissionais talvez ela também não tivesse tanta aquela ansiedade de internar, porque às vezes interna, por não saber lidar por aquelas questões. E eu vejo que foi um avanço muito grande de com essa reforma psiquiátrica, as pessoas eram tratadas como animais mesmo, e muita das vezes as pessoas iam para os manicômios não porque eles eram doentes, mas porque estavam perturbando a ordem, aí eles eram jogados ali dentro, tão afastados (...). É com essa questão da reforma psiquiátrica, é que as pessoas têm que estar dentro do convívio familiar (EG 1).

Assim a percepção desses profissionais acerca da Reforma Psiquiátrica se pauta pelas mudanças em relação ao cuidado, mas não a compreendem como resultado de um processo histórico de lutas de profissionais, familiares, PTM em busca de um tratamento mais justo, humano. Avaliamos ser necessário que os profissionais ampliem a discussão acerca da Reforma, apreendam-no como um processo contínuo, presente na sociedade e que norteie a efetivação de políticas públicas para o PTM.

## **Eixo 2 - A organização do Trabalho**

Buscando identificar como se organiza a assistência ao Portador de Transtorno Mental na ESF, não existe uma formalidade acerca do recebimento do mesmo, profissionais e gestores destacaram que todos o recebem, porém também enfatizaram que é o Agente Comunitário de Saúde – ACS quem primeiro realiza qualquer contato com o PTM, sendo, portanto, o elo entre o usuário e o mesmo. A Política Nacional de Atenção Básica (2006a) cita como atribuição específica do ACS “desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade” (p.43). Não podemos também deixar de destacar os apontamentos de Silva et al. (2006) referentes ao ACS, o qual “traduz para a equipe de saúde os modos de vida das pessoas da comunidade, ressaltando elementos que possam influenciar direta ou indiretamente na produção de saúde/doença da população” (p.83).

Bom eu acho que qualquer um de nós deveria receber (E 2).

Não só aqui, nessa Unidade mais em todas as Unidades do Programa de Saúde da Família no município hoje de Timóteo, o acolhimento de qualquer paciente pode ser feito por qualquer funcionário que esteja no local, ou seja, mesma as questões administrativas, da recepcionista, dos agentes comunitários, do pessoal da enfermagem, da equipe de enfermagem, do auxiliar, do técnico, ou do próprio enfermeiro até chegar no profissional médico. Ou seja, “ah mais isso tem uma ordem?” Não. O acolhimento pode ser feito por qualquer um desses profissionais (M 3).

Qualquer um de nós faz acolhimento na Unidade de Saúde (E 4).

Todo o profissional da equipe, ele tem o direito e o dever de tá ouvindo esses portadores. Se esse portador de sofrimento mental chegar na Unidade, seja ele sabidamente conhecido pelos profissionais da Unidade, eles podem está abordando esse portador de sofrimento mental (E 5).

O primeiro contato claro é da agente de saúde (M 1).

O primeiro contato que a gente tem é o do agente de saúde, porque ele é quem vai às casas, faz as visitas, ele quem é o elo do PSF com a gente (E 1).

No que se refere aos aspectos verificados durante o atendimento realizado, os profissionais destacaram que observam aspectos sociais, medicamentoso, clínico, agitação e outros, dessa forma entende-se que os profissionais primam pelo atendimento integral, apesar de não terem destacado estes elementos quando foram solicitados exemplos de abordagem na perspectiva da integralidade, a qual se materializa a partir da busca pela compreensão do sujeito na sua totalidade, considerando a sua história de vida, contexto social, econômico, político, o estabelecimento de vínculos, a interação, diálogo. Para Mattos (2007), a integralidade está vinculada a ações preventivas e assistenciais, sendo uma prática compartilhada entre profissionais e usuários.

Ansiedade, aquela inquietação às vezes (E 2).

No caso a gente sempre começa conversando um pouco com eles exatamente pra tentar conseguir alguns dados, pra depois a gente tentar fazer o exame físico, e depois verificar também a questão da família e do convívio dele na sociedade (E 3).

Oh, de imediato eu procuro verificar os sinais vitais, fazer uma anamnese rápida dele, dialogar com ele pra saber as queixas, reconhecer nele os sinais agravantes, se está em uso da medicação ou não, PA, temperatura, respiração, tudo de imediatamente. O básico. Depois a gente vai conversando e ele vai me esclarecendo sobre o que o trouxe na unidade de saúde (E 1).

Eu gosto de observar muito o nível de consciência dele, eu gosto de observar muito, escutar ele falar pra mim, eu quero ele falar, e eu

gosto muito de saber o quê que ele quer fazer, o quê que ele pensa, sabe (E 6).

No que diz respeito aos atendimentos realizados ao PTM pela sua equipe e se a mesma realiza algum tipo de acompanhamento, 10 profissionais responderam que realizam algum tipo de atendimento, porém salientaram que a efetivação dos mesmos ainda está muito vinculado à visita domiciliar realizada pelo ACS. Dessa forma, é possível perceber que o ACS novamente foi apontado pelos profissionais como o elo com a comunidade e, particularmente, com o PTM, pois evidencia-se que, a partir de seu trabalho efetivado, é o que mais se aproxima da realidade das famílias e PTM. No entanto, não se pode deixar de destacar que o ACS<sup>49</sup>, em sua totalidade, não teve nenhuma capacitação em relação ao cuidado com o PTM.

Visita domiciliar, não pode faltar a esse portador, porque lá você vai conferir se ele está em uso correto da medicação, se ele está em acompanhamento psiquiátrico, se a família está sabendo lidar com ele nos diversos comportamentos que ele pode está apresentando. **A visita domiciliar aqui eu não tenho, mas em outras equipes era principal**, até porque se alguns que tomavam alguma medicação com uma dose que não agüentava sair do domicílio, aí era fundamental levar o médico para fazer a medicação (...). E aí seria primordial que esse paciente não ficasse sem essas visitas, nem que seja que ele venha uma vez no mês, pra ele está vindo na unidade, para está acompanhando, não só o problema mental que ele tem, mas as outras coisas que ele precisa ser avaliado (E 1) (Grifo da autora).

Primeiro o acompanhamento diário, por parte do agente comunitário, que mora nas proximidades das casas desses portadores. Eles permitem estar indo, permitem saber das informações do portador de sofrimento mental, uma vez que vai até a casa dessas pessoas, por intermédio do próprio portador ou da família que ali, convive com ele no dia a dia, saber como que ele está comportando. Precisa mudar a forma de abordagem, ou intensificar as visitas, como seria o acompanhamento para cada portador de sofrimento mental (E 5).

Identifica-se uma contradição no que se refere ao atendimento realizado ao PTM, pois quando foram questionados anteriormente acerca de exemplos de abordagem, disseram que seria difícil apontar, uma vez que o contato se restringe ao atendimento no momento da crise e agora apontam diversos atendimentos. Percebemos que esses profissionais não compreendem o PTM como um usuário da

---

<sup>49</sup> É importante destacar que os ACSs do município de Timóteo iniciaram um processo de formação profissional no ano de 2006, através da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a qual coordenou a elaboração da Proposta de Criação do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde que subsidiou a elaboração dos Planos de Curso das Escolas Técnicas do SUS em Minas Gerais. Em 2004, os Ministérios da Saúde e Educação criaram o referencial curricular nacional de Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, elaborado em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional conforme previsto no artigo 10 da Resolução CNE N° 04/99 (Guia Curricular, 2006, p.5). Salienta-se que esse curso não se finalizou, segundo informações obtidas através da Secretaria Municipal de Saúde de Timóteo.

ESF, mas uma especificidade que não se inclui nas ações desenvolvidas e que há uma necessidade de desenvolver ações peculiares para os mesmos. Torna-se urgente destacar que o PTM faz parte do público alvo da ESF e que além disso, deve ser incluído nas ações da ESF, pois ele adoece clinicamente e necessita de cuidados especiais, não somente assistência psiquiátrica e que médicos e enfermeiros não possuem um contato direto com o PTM, uma vez que o contato fica a cargo do ACS.

Salienta-se que o ACS é uma pessoa oriunda da comunidade onde se efetiva a ESF, tem o papel de desenvolver as ações de saúde em conjunto com a sua equipe de trabalho, realizar visitas às famílias de acordo com a orientação recebida. É também atribuição específica do ACS, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (2006a), a realização de orientação das famílias, o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção, bem como o acompanhamento através da visita domiciliar de todas as famílias de sua área de cobertura, tornando-se um elo entre comunidade e equipe de saúde da família. Contudo, não podemos deixar de apontar que o ACS tem uma vivência empírica acerca da saúde, é necessário um acompanhamento contínuo por parte da equipe desse profissional, no que tange às ações desenvolvidas.

Somente dois profissionais destacam a relevância do acompanhamento familiar, afirmaram ser de extrema importância o atendimento à família, já que o PTM não deve ser visto de forma isolada e sim como um membro do grupo familiar. Rosa (2003) salienta que “o sofrimento da família não é acolhido em sua intensidade e integralidade pelo serviço, bem como não é preparada para lidar com a sintomatologia do transtorno mental” (p.249). A autora destaca que a família não está preparada para lidar com o PTM e nem tampouco as equipes da ESF, aponta a necessidade de interação da equipe com o PTM e sua família. Gonçalves (2000) também aponta sobre a importância de intervir na família, o que possibilita um diálogo e uma maior interação dessa, PTM e equipe da ESF.

Uma das questões é baseado na família como um todo, como essa família está acompanhando, o que essa família está sofrendo, o que essa família está sabendo lidar com esse paciente, se ela está interagindo com esses paciente da forma correta. A família no geral, num todo (...) (E 4).

Mais eu acho importante citar também, não só essa questão do paciente, mas a questão da família do paciente é importantíssimo. Não dá para não pensar no paciente de transtorno mental ou de qualquer doença psiquiatra,

que você não pense na família dele também. Porque os meus grandes problemas não é com o paciente, é com a família do paciente, com os vizinhos, as pessoas mais íntimas, as pessoas mais próximas daquele paciente, principalmente a família (E 6).

O contato e a interação com a família é parte importante na atenção ao PTM, o qual não deve ser reconhecido sozinho e sim no seu ambiente familiar. É preciso que as equipes da ESF tomem conhecimento acerca da relevância da família no cuidado ao PTM, no entanto, a diretriz política da Saúde Família busca priorizar o atendimento como um todo e não somente o indivíduo em sua particularidade, que deve ser reconhecido junto ao seu núcleo familiar.

Dentre as entrevistas realizadas, dois profissionais alegam que a sua equipe não realiza nenhum tipo de atendimento e acompanhamento ao PTM, reconhecemos que é uma informação que condiz com uma realidade, pois esses profissionais se queixam do desconhecimento em relação ao trato com o PTM, medo, preconceitos. Sabemos que, nem sempre, a equipe apresenta condições de realizar esta intervenção, e é por esta razão que o Ministério da Saúde vem estimulando as políticas, ações e demais serviços que incluam o cuidado em saúde mental nas atividades desenvolvidas pelos profissionais da AB.

Praticamente nada. Eu acho que honestamente a gente tem um respeito muito grande a este tipo pacientes, por falta de conhecimento mesmo, por falta de habilidade, como lhe dar com ele, então ultimamente a gente não tem voltado nenhum, aqui na nossa equipe nada é voltado especificamente pro paciente de saúde mental não. Olha a gente até tentou, uma vez a gente tava querendo formar grupo, até junto com a Assistente Social aqui do bairro mesmo pra tipo oficinas, pra ensinar a eles a fazer trabalho manual, artesanal, más não chegamos a fazer nada não (E 2).

Olha, falando da experiência de Timóteo, eu posso te dizer que quase que nenhuma. Porque eles não têm o preparo, desconhecem ficam com medo e correm pra onde? Pedem socorro ao Centro de Saúde Mental (EG 1).

É possível perceber que a trajetória histórica do PTM nos leva a compreender a não ênfase no atendimento pela equipe da ESF, a qual mantém um distanciamento em função dos estereótipos que trazem e também do desconhecimento em relação às propostas de mudanças na atenção ao PTM e, dessa forma, priorizam o encaminhamento.

No que se refere ao acompanhamento, reportam de uma forma não sistemática, descontínua, superficial, mas avaliam que novamente é o ACS que realiza, através da visita domiciliar, mas alegam não ser esse o acompanhamento

ideal, mas as condições concretas de trabalho, como há uma demanda muito grande de questões clínicas e que estão mais próximas de sua competência técnica, privilegiam o trabalho clínico em detrimento das ações de acompanhamento, principalmente, em tratando-se de PTM. De acordo com Lancetti e Amarante (2006), “fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde”, principalmente os profissionais da atenção básica são chamados para a realização da atenção ao PTM, pois esses profissionais, especificamente da ESF, conhecem os usuários e vice-versa, o que possibilita uma maior interação e a compreensão de sua vida.

Através das agentes de saúde sim. Elas vão, elas estão acompanhando, elas estão indo na casa das pessoas, e vê, qual às vezes precisa de fazer uma visita, eu vou, faço a visita, vejo se tem que adaptar alguma medicação, vejo se tem que encaminhar pra um neurologista ou um psiquiatra. Mas é feito sempre assim, através das agentes de saúde, o acompanhamento (M 1).

Através das visitas, como eu já mencionei, é através e controle de medicamentos pra esse portador de doença mental ou de um médico que a gente tem todo (...) catalogado, as medicações que esses pacientes usam, sejam prescrições feitas pelo psiquiatra da rede ou pelas prescrições dos médicos que atendem na rede (E 5).

A gente tem o acompanhamento de doses, que são doses sistemáticas que na maioria das vezes mensais, de medicações injetáveis e de medicação oral e algumas com supervisão do agente comunitário e, além disto, a gente tem sempre as consultas periódicas, bem como os atendimentos de enfermagem periodicamente, além das visitas domiciliares para poder verificar o convívio familiar e outras coisas mais (E 3).

A gente fazia acompanhamento de medicação, igual àqueles pacientes, que vinham medicação da saúde mental e a gente medicava, por exemplo, igual (...) a gente fazia visita domiciliar a estes pacientes. Acompanhamento normal mesmo que a gente faz aos outros grupos, por exemplo, diabéticos e hipertensos a gente fazia com o paciente psiquiátrico. Mas era uma coisa assim, muito superficial (E 2).

(...) esses acompanhamento por parte dos agentes, ou seja, quando eu falo o acompanhamento por parte dos agentes, é porque é um profissional da equipe da Saúde da Família, é o profissional que está diretamente relacionado com o paciente. É ele que vai na casa do paciente, é ele que sabe onde o paciente mora, quais que são as condições reais de cada paciente, ou seja, é aquele profissional que dia a dia, como diz o pessoal, entre dia e sai dia, é o pessoal que realmente está lá batendo na porta vendo com é que o paciente tá. Então o primeiro contato é com esse profissional e é aquele profissional que nos traz, que nos relata qual que está sendo a dificuldade, qual que está sendo a conduta desse paciente dentro da residência junto com os familiares (...) (M 3).

A partir do momento em que se questiona acerca do acompanhamento ao PTM pela equipe, os entrevistados deixam claro novamente que o atendimento

prestado é desenvolvido pelo ACS, que médicos e enfermeiros não possuem um contato direto com ele, que a ação desenvolvida se restringe à visita domiciliar. Verifica-se que, através da análise das entrevistas, a partir do trabalho desenvolvido pela ESF, há uma possibilidade de efetivação do cuidado, mas que é necessário romper com uma visão estereotipada e conceber o PTM como um usuário do SUS.

Ao serem questionados acerca do desenvolvimento de atividades junto à comunidade para o reconhecimento do PTM como um sujeito de direitos, que devem ser respeitados, 12 profissionais responderam que não, alguns alegaram realizar esta abordagem com hipertensos, diabéticos, mas não com o PTM. É possível perceber que não se realiza essa interlocução com a comunidade, já que, no momento em que foi solicitado para falarem acerca dos principais atendimentos realizados pela sua equipe, todos citaram o desenvolvimento de programas como: saúde da mulher, idoso, hipertensos, diabéticos e outros. Para Mendes (2002), a atenção primária deve se pautar por ações que privilegiem a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, centralidade na família e a orientação comunitária, o que implica um estabelecimento de vínculo entre a comunidade e a equipe, tomando como referência a realização constante de atividades de orientação e promoção da saúde. Logo, a atenção básica deve se orientar pela lógica da responsabilização da saúde da população assistida.

Não. Não tem ainda não. Tipo assim, se é uma palestra, uma divulgação através de cartaz, de alguma coisa esclarecedora, entendi. Mas ainda não. Principais, que eu considero, geralmente que a gente fala como principal também entra as vezes o plano de busca. É a saúde da mulher, a coleta de preventivo, o exame das mamas, que eu também acho como fundamental pra mulher, a consulta com o hipertenso, com o diabético, o acompanhamento nesse caso (...). Que é as três coisas principais que a gente prioriza mais no PSF (E 1).

Não, formalizada assim não. A gente desenvolve o programa de hipertensos e diabéticos, onde a gente faz atendimento individual a estes pacientes e fazemos também o atendimento em grupo, que são as palestras e orientações, estas coisas, mais a parte educativa (...) (E 2).

(...) a gente faz o atendimento específico do diabético, específico do hipertenso, ou diabéticos associados, específico a gestante tanto no que diz respeito a pré-natal, quanto o pós-parto (...) (M 3).

Tem aquilo comum nos grupos específicos dentro do programa é desenvolvido para comunidade, exemplo: os programas de hipertensão, diabetes, o grupo de gestantes onde a gente aborda diversos temas, não só relacionado ao problema de cada pessoa, de cada grupo, mas também assuntos de uma forma generalizada, de uma forma de abordagem, de uma forma tal que a gente aborde esses tópicos. Então a gente sempre menciona a questão do direito de cidadania dessas pessoas. Hoje tem se



priorizado realmente o atendimento aos grupos de hipertensos, diabéticos e de gestantes. Infelizmente não houve ainda essa mudança de mentalidade, quanto a importância de abordar, de priorizar o acompanhamento do portador de sofrimento mental. Ainda há essa deficiência, não só da comunidade, mas também por parte da equipe, de... mudança de paradigma mesmo em relação a essa patologia. Até mesmo porque ainda existe medo dessas pessoas, medo da agressão então isso dificulta a realização das atividades com esses portadores (E 5).

A partir da análise das entrevistas, um outro aspecto que deve ser ressaltado é a necessidade de se instituir ações voltadas para a comunidade acerca do PTM, pois se os profissionais trazem consigo uma visão estereotipada, dotada de preconceitos, torna-se um imperativo a interação com a comunidade, buscando informá-los acerca das mudanças na atenção ao PTM, pois ainda o compreendem como um ser perigoso e que deve ser mantido longe do convívio social. A historicidade do PTM é marcada por segregação, violência e estigmas, no entanto, a partir do desenvolvimento de ações que busquem romper com esse paradigma, é possível que a sociedade compreenda o PTM na sua singularidade e que contribua para o seu reconhecimento como um sujeito de direitos.

A ESF teve sua emergência vinculada ao fortalecimento da AB, sendo uma estratégia de mudança no modelo de atenção pautados na saúde, ou seja, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde, pautados na prevenção e na promoção. A Política Nacional de Atenção Básica (2006a) destaca, como um dos princípios da ESF, a realização do cadastramento populacional e o desenvolvimento de atividades direcionadas aos problemas de saúde em parceria com a comunidade, através da realização de parcerias e integração com as organizações sociais. Porém, conforme ressalta Teixeira e Solla (2005), as ações desenvolvidas pela ESF se concentram nas práticas de atenção a gestante, idosos, atendimentos a grupos como hipertensos, diabéticos, infecções respiratórias e outros.

As ações de vigilância em saúde ainda são desenvolvidas de modo incipiente pela grande maioria das equipes, mesmo estando diante de uma concepção restrita: limitada à vigilância ambiental (controle de riscos relativos a vetores de doenças infecciosas e parasitárias, por exemplo), sanitária (controle de riscos associados ao consumo de bens e serviços, como água, alimentos, saneantes, cosméticos, medicamentos etc.) ou epidemiológica sobre doenças e agravos prioritários, como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, câncer de colo de útero e mama, ou **limitada, ainda, às ações específicas de atenção a problemas de saúde mental** (Teixeira e Solla, 2005, p.465) (Grifos da autora).

Conforme já exposto acima, o PTM ainda não é reconhecido como demanda da ESF, embora a mesma tenha como objetivo principal a reorganização da prática em atenção à saúde, buscando proporcionar uma maior aproximação com as famílias, isso não faz parte da rotina de nenhuma equipe. Porém, com aprovação da Portaria GM Nº 154 de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, emerge uma possibilidade de atenção ao PTM na atenção básica, pois esses núcleos devem contar com, no mínimo, um profissional de saúde mental, o que proporciona uma abertura à discussão e a possibilidade de realização de um cuidado pela equipe de saúde da família. É preciso também que a equipe da ESF reconheça esse trabalho como um dispositivo importante no cotidiano, passando a reconhecer o PTM como um sujeito de direitos, que tem acesso à saúde e que, além da doença mental, é um ser humano, que demanda cuidados básicos como qualquer outro usuário do SUS. Não há formas de atenção, acolhimento, vínculo, de atuação em equipe que sejam específicas de saúde mental, esses cuidados em saúde mental devem ser efetivados da mesma maneira como em qualquer outro usuário de saúde conforme assinala a Linha Guia de Saúde Mental (2007), há de buscar romper com o paradigma que norteia o cuidado ao PTM, pois o atendimento se efetiva, de maneira emergencial ou, na maioria das vezes, quando o PTM se encontra em crise.

Não tem essa vaga disponível pra ele não, mas como a gente sabe da seriedade do caso, assim que ele necessita a consulta já é imediatamente, já é separada. A gente já encaixa ele no atendimento, não é sistemática, de acordo com a necessidade. É por isso que eu te falo que não tem um acompanhamento, é só um atendimento assim, muito imediato mesmo (E 1).

Bom, o paciente, quando ele chega pra nós principalmente em surto, a primeira coisa que a gente faz é pedir orientação pra saúde mental. Normalmente a gente encaminha o paciente, porque a gente não tem como atender o paciente em surto aqui não (E 2).

A gente somente dá prioridade ao paciente dentro da Unidade de Saúde, se ele tiver em crise, fora isso, se alguma pessoa da família vier apenas trocar uma medicação pra ele, não tem prioridade não, vai ter que entrar na fila (E 4).

Não tem ainda nenhuma organização não. O que a gente faz é: fazer receita, a pessoa está vindo e às vezes vem aqui no posto e a gente medica ou então eu vou na casa dos que estão precisando mais. Não tem assim, um dia nós vamos atender só pessoa portadora, não. Por enquanto não tem nada instalado aqui (M 1).

Não existe nenhum atendimento programado. Normalmente esses atendimentos ele é feito quando o agente comunitário verifica se o portador de sofrimento mental está alterado, é comportamento inesperado, essa solicitação é feita, não só pelo agente comunitário, mas também pelos familiares e vizinhos, a comunidade, a equipe irá direcionar o atendimento pra esse portador, seja na residência ou até mesmo trazendo na Unidade pra se fazer a assistência (E 5).

A partir das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, ocorreu o fechamento de hospitais psiquiátricos e a redução de leitos, demandando assim a criação e o fortalecimento de dispositivos estratégicos para a efetivação da assistência, dessa forma, com a institucionalização da saúde da família, a atenção básica se deparou com a necessidade de desenvolver ações de saúde mental. No Brasil, as últimas décadas foram marcadas pelas transformações no âmbito da saúde mental, apontando para a assistência na atenção básica, a partir das novas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que direciona para a abertura de novos espaços, conforme já exposto acima. De acordo com Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002) realizada em 2001, que desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde já apontava para assistência em saúde mental pela atenção básica, dessa forma, há uma necessidade de incluir o PTM nas ações da atenção básica e, particularmente, incorporar as ações de saúde mental pela ESF.

O Ministério da Saúde, através do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários (2003), “prioriza a atenção à saúde mental através da equipe matricial, apontando para a responsabilização compartilhada, buscando excluir a lógica do encaminhamento, aumentando a capacidade resolutiva da equipe local”. Entende-se que a equipe matricial “constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo atendimento de ações básicas de saúde para a população” (BRASIL, 2003, p.4), buscando realizar as discussões dos casos de transtorno mental e realizar a interlocução entre a equipe de saúde mental e da saúde da família. Contudo, é importante destacar que o município de Timóteo já iniciou um movimento acerca da capacitação da ESF em saúde mental, no entanto, realizou somente 03 palestras, porém fragmentadas, havendo uma longa distância entre uma e outra, ambas ressaltaram sobre a mudança no cuidado ao PTM, salienta-se que o município não conta com o apoio matricial, o qual é de extrema relevância para a efetivação da assistência ao PTM na atenção básica. Em relação ao atendimento prestado ao PTM pela ESF, 11 profissionais alegaram que a assistência realizada

não atende à necessidade do PTM e ainda apontam a assistência para o serviço de referência em saúde mental.

Ainda é um pouco precário (...). É precário no sentido que não basta a gente só ter um atendimento básico aqui, ou seja, não basta eu clínico chegar é está acompanhando esse paciente, tentando socializar esse paciente, sem esse paciente ter um acompanhamento também psiquiátrico. Ou seja, o paciente é... com o transtorno mental, ele tem que ser tratado de uma forma diferente, e a forma diferente é por uma equipe multidisciplinar. Isso engloba vários profissionais, ou seja, tanto o médico clínico que acompanha ele diariamente que é o médico do Programa de Saúde da Família, quanto psiquiatra, quanto psicólogo, quanto o assistente social pra ver essa condição do paciente, lá na residência desse paciente, o que esse paciente precisa, o que a família desse paciente ta passando, então quer dizer, é uma... necessita de um equipe a esse nível. Então por isso que às vezes a gente deixa um pouco a desejar, porque tem o atendimento clínico, tem o atendimento psicológico e tem o atendimento psiquiátrico, mas às vezes não basta só isso. Então basta... tem que ter mais uma equipe multidisciplinar (M 3).

Não, mesmo com todos esses cuidados, esse olhar para situações críticas, eu acho que nós não atendemos. Essa parceria com a administração, essa questão do CAPS, essa questão de nós precisamos de mais suporte profissional, mais treinamento (...)i fazer treinamento conosco contínuo, então tudo aquilo que no começo eu falei, é o nosso sonho de um dia ter aqui, sabe. (...). É discutindo, por para fora, discutir com outro que tem um conhecimento melhor, maior do que o meu, em determinada área, trocar idéias com os colegas, vê a experiência de um, vê a experiência de outro. Então eu acho assim (E 6).

Não atende. Porque eles acham que o paciente de transtorno mental, precisa ser tratado só pelo Centro de Saúde Mental, não deixa ser atendido pela unidade. Então eu volto a repetir, falta esse entrosamento (...) eles vão ver que primeiro, antes deles serem do Centro de Saúde Mental, ele é do programa da família (EG 1).

Não. Não tem nenhuma ação voltada especificamente para ele, além de tudo, a equipe em si não tem uma capacitação adequada pra lidar com ele (E 1).

Não. Eu acho que justamente pelo aquilo que eu te falei, a resistência que a gente tem, primeiramente o paciente de transtorno mental, ele gera muita insegurança para equipe, as pessoas tem medo de chegar até ele, assim, a gente tem uma dificuldade também de até mesmo pra onde direcionar este paciente em surto (...). Então assim, honestamente eu acho que a equipe não esta preparada pra ta atendendo este paciente não, a gente precisa de capacitação, de ter conhecimento mesmo e acabar um pouco com esta resistência em relação a estes pacientes (E 2).

Eu acho que não. Eu acho que precisa mudar o conceito de cliente, cliente tal portador de transtorno mental, tem que mudar esse conceito (M 2).

É possível perceber, com clareza, que os apontamentos dos profissionais em relação à assistência prestada, apontam o despreparo, a falta de capacitação, o medo e preconceito em relação ao PTM. Apesar de um profissional alegar que a

assistência prestada atende às necessidades dos PTM, percebe-se e analisa-se que essa assistência ainda se efetiva de forma superficial, pautada por ações isoladas e fragmentadas, não efetivando a integralidade na assistência. É preciso compreender a atenção para além de um atendimento, de uma rotina, é necessário realizar acompanhamento contínuo e sistemático do PTM e de sua família, buscando desenvolver ações que levem o PTM a participar na comunidade em que vive e ser reconhecido não como o “louco”, “maluco”, mas como um sujeito dotado de direitos e potencialidades.

Atender, atende sim. Pelo menos agora, nós estamos fazendo, trabalhando, é um trabalho maior. Ir lá, medicação, a o paciente não tá bom, sabe? Deixa eu te explicar o que aconteceu. Cheguei na casa da paciente, era uma menina de 15 anos, a mãe dela, surda, a mãe dela quase não enxerga e o pai dela não sabe ler. Cheguei lá tava um odor fétido de fezes dentro da casa, uma situação precaríssima, a paciente com aquela confusão, aquele monte de remédio, até que ponto? A vontade que dá, é de chegar na casa da pessoa, dá um banho nela sabe, de ajudar, limpar a casa e tudo. Mas, infelizmente a nossa condição não é. Então a gente ajuda até o ponto que a gente pode (M1).

O atendimento prestado pela equipe da ESF, conforme destacado acima não corresponde à realidade do PTM, é preciso que as equipes da ESF busquem o desenvolvimento de ações contínuas, priorizem o acompanhamento a partir de uma interlocução com o serviço de referência em saúde mental, a realização de atendimentos pontuais, descontínuos, não condiz com a realidade do PTM e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

### **Eixo 3 – Limites e Possibilidades**

Um aspecto em comum destacado pelos profissionais e equipe gestora é a presença de limites, dificuldades com que se deparam no cotidiano em relação à efetivação do cuidado, assinalam acerca do desconhecimento e do medo do PTM, principalmente tomando como referência a integralidade na assistência e da necessidade de capacitação.

Primeiramente é capacitação. É o medo, é o desconhecimento, é o preconceito. Então é porque na verdade, o paciente de transtorno mental ele chega, vamos dizer, tanto é que eles internavam por causa disso, porque eles estavam perturbando a ordem, que eles vão chegar, vão ficar gritando, vão tá debatendo. Que é diferente daquele paciente que chega com pressão baixa, alta, que chega quietinho, caladinho, ele não faz escândalo, ele não perturba, ele não incomoda. Então é essa questão de

trabalhar essa questão do preconceito. De capacitar, de orientar os nossos profissionais, pra que eles possam está recebendo, que eles têm o direito de serem atendido na atenção básica. E eles podem ser atendidos, então quer dizer, a grande dificuldade é a questão da capacitação (EG 1).

As dificuldades são muitas. Começando pela capacitação. Porque em cada PSF seria importante se a gente tivesse uma referência para esses pacientes. Nem que seja, nem que seja uma técnica de enfermagem. Que fosse a referência dos pacientes portadores de saúde mental. Por exemplo, você que é responsável por essa equipe de PSF, dos portadores de saúde mental, é você que vai interligar, é você que vai trazer para a equipe as informações referentes a esse paciente. Então quer dizer, falta uma pessoa pra servir de referência, por que o enfermeiro tem tantas funções dentro da unidade, que no final de contas, ele vai acabar perdendo o valor do que é a função verdadeira dele. Então falta, falta uma pessoa de referência, falta capacitação pra toda equipe, não sei, falta muito espaço pro portador dentro da equipe de saúde da família em si (E 1).

Eu acho que é isto, a falta de capacitação, falta de conhecimento do paciente, é a dificuldade que a gente enfrenta também, a falta de profissional qualificado pra atender, para ajudar. Eu acho que nós particularmente temos uma dificuldade muito grande com o profissional médico que também não tem muita interação, não existe uma interação do serviço com as equipes do PSF. Eu acho que a partir do momento que descentralizar este serviço pode ser que facilite um pouco (E 2).

Dessa forma, a partir da análise das entrevistas, é possível perceber, com clareza, as inúmeras dificuldades existentes em relação à efetivação da assistência ao PTM, que fazem parte do cotidiano dos profissionais, porém não devem ser utilizadas como justificativa para a não concretização da assistência; os diversos espaços de trabalho em saúde denotam no seu interior inúmeros óbices, desafios, os quais não devem ser privilegiados de forma a não se realizar o trabalho. As dificuldades em relação à assistência ao PTM são concretas, mas devem ser discutidas entre profissionais da ESF, da Saúde Mental e equipe gestora como forma de buscar ultrapassar esses limites e implementar práticas que efetivem o cuidado em saúde mental.

A interlocução da Saúde Mental e da Saúde da Família é desejável e possível, porém essa se depara com a necessidade de capacitação, pois as dificuldades existem, a questão do despreparo é uma condição concreta, e é uma dificuldade real a ser solucionada, conforme preconizado na Linha Guia de Saúde Mental (2007). “Embora seja imprescindível que as equipes do PSF adquiram noções básicas de Saúde Mental, existe um nível mais complexo de saberes dessa área que seus profissionais não são obrigados a conhecer.” (MINAS GERAIS/Linha Guia de Saúde Mental, 2007, p. 56). É uma lógica de organização da assistência compartilhada

entre as duas equipes, pois os problemas encontrados não se resolvem com um simples encaminhamento, quando isto acontece, algum serviço está ficando sobrecarregado, é um movimento de mão dupla, a partir da efetivação de ações intersetoriais. A política de saúde é intersetorial, tem como característica a transversalidade, conforme já exposto acima é resultado de fatores determinantes e condicionantes, como: sociais, políticos, culturais; dessa forma, a atenção ao PTM perpassa por todos esses aspectos. A organização dos serviços e a atenção ao PTM devem primar pela realização de forma compartilhada, possibilitando a transformação do cuidado em saúde mental, mas, a capacitação se faz extremamente necessária, a qual será espaço privilegiado de aprendizado e de construção de uma nova maneira de cuidar.

Quando se trata da mudança da atenção ao PTM a nível nacional, todos os profissionais apontam sobre as alterações, apesar de tratarem a Reforma Psiquiátrica de reforma reducionista, que perpassa por transformações políticas, conjunturais, ultrapassa a visão da questão hospitalar como dispositivo terapêutico, como se sabe.

Sim. Mudou bastante, ou seja, é... os colegas tão vendo cada dia que passa, a necessidade de está realmente é... cuidando desses pacientes na atenção básica e fiscalizando mais, vamos dizer assim, ou seja, ficando mais atento a esses... a esses pacientes, se ele está tomando o remédio direito, ou seja, o agente comunitário que vai... isso não só aqui no município, isso ta acontecendo a nível nacional, ou seja, ta tendo esse cuidado maior de vê esse paciente se ele está realmente tomando essa medicação, até mesmo as medicações já são distribuídas na rede pública, gratuitamente (M 3).

Percebo. Mudou-se muito para, igual eu te falei, a visão dos profissionais. Por que para os familiares essa modificação não veio como benefício não, em alguns pontos eles até acham que piorou. Por que antes quando ele ia internar, ficava lá e eles somente visitavam. Agora que eles têm que lidar com o problema em si, de resolver a situação do paciente, eles já acham pesado demais. Mas para gente o contato deles em casa, para reintegração até que melhorou. Só falta a capacitação pro profissional lidar com ele (E 1).

Com certeza. A partir disto a gente mudou até a concepção de como tratar e de como abordar este paciente, que ele passou a ser visto como uma pessoa normal, integrante da sociedade que até assim a forma, o jeito que a gente fala, "é louco", "é doido" e tal. Hoje em dia a gente não fala mais desta forma, até a forma como foi a denominação que foi dada a este paciente mudou, então com certeza isto reflete nos profissionais e acho que pra melhor (E 2).

Mas dentre os profissionais entrevistados, dois alegaram não ter conhecimento das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, sendo que um deles percebe as alterações somente no âmbito da assistência hospitalar.

É... por eu não está por dentro das reforma psiquiátrica, então o que eu sei é que após essa questão da internação em casa, que não vai mais pra manicômio, estas coisas então, isso é... interage o paciente de novo na sociedade. Eu acho que isso que é importante, dele não é... não ser excluído. O que eu sei mais ou menos é isso (E 4).

Percebe-se modificações em hospitais, antes, como já foi falado no início desses trabalhos eram hospitais que confinavam esses pacientes, embora a gente tem conhecimento de que ainda, que existem esses hospitais com esse modelo antigo, mas a gente já presencia hospitais que modificaram a abordagem, passando a hospital dia, as oficinas terapêuticas (E 5).

No entanto, um profissional opina explicitamente, contra a Reforma Psiquiátrica, enfatiza que os PTM estão abandonados, não recebem assistência. Destaca um elemento extremamente pertinente acerca da dificuldade de acesso ao psiquiatra, profissional escasso nos serviços, tanto na rede privada como na pública, além disso a consulta é cara, inacessível à maioria dos PTM.

O que eu percebo é que eles foram abandonados, a Deus dará. Tipo assim, estão na rua e, se vira. Vai marcar consulta com o psicólogo, com o psiquiatra, qualquer lugar, o psiquiatra não está querendo trabalhar juntos, entendeu? Os psiquiatras, parece que eles, não estou falando dos meus colegas de trabalho não, mas a impressão que eu tenho é que eles fizeram um complô de não cobrar menos de R\$200,00 numa consulta, e não tem no SUS, e aí? Vai ajudar a pessoa? Tudo bem, é acabar com os hospitais de loucos, entre aspas, vai acabar. Mas e aí? E depois? A gente pode tratar aqui, pode. Mas a realidade não é esta, não é. As coisas feitas no papel, é muito fácil, entendeu? Eu acho que eles, eles foram abandonados, na minha opinião é isso (M 1).

As entrevistas nos revelam que a perspectiva dos profissionais em relação à mudança no atendimento a partir da Reforma Psiquiátrica a nível nacional, também se reduz ao fechamento das instituições asilares, não relacionam as mudanças como fruto de um processo histórico, marcado por movimentos, reivindicações, denúncias, entende-se que é de extrema relevância buscar compreender o contexto histórico para efetivar análises acerca da realidade. É possível perceber também uma contradição, um médico comenta o descaso no que tange à assistência ao PTM, sabemos que esse apontamento não está desvinculado da realidade, que o PTM se encontra em uma situação vulnerável no que tange ao atendimento, pois o município ainda não tem definida a sua política de saúde mental e também uma



estrutura de serviços destinados a eles, a assistência aos mesmos é limitada, mas não estão abandonados.

Perguntamos aos profissionais e equipe gestora se o município tem realizado alguma mudança na assistência ao PTM, tomando como base os pressupostos da integralidade, com intuito de verificar a percepção dos profissionais em relação ao cuidado ao PTM de acordo com as diretrizes apontadas pela Reforma Psiquiátrica. Foi possível perceber, a partir dos apontamentos dos mesmos, a atual situação da saúde mental do município: 03 referiram-se às mudanças no âmbito municipal, mas não apontam quais, somente sinalizam que há mudanças, verifica-se então uma contradição, uma vez que não as apontam. Não se pode negar a existência de discussões no âmbito das mudanças ao cuidado ao PTM, mas a efetivação delas ainda não se concretizou.

Eu acho que esta situação tem tido uma melhora, porque quando a coisa incomoda, eu acho ótimo, porque é sinal que você teve sensibilidade pra perceber que tem algo de errado e que precisamos de mudar, mas às vezes eu não sei como, então só de isso acontecer pra mim, eu já acho da administração está aberta as mudanças, está aberta para querer soluções, está aberta para aprovar projetos (...) (E 6).

Olha, tem aí uma discussão da saúde mental na atenção básica. E tem o projeto do CAPS, que está para ser implantado, que a gente espera que ele seja implantado o mais rápido possível, porque eu acho que isso vai ser um avanço muito grande. E tem a questão do ambulatório que poderia ser a questão do apoio (EG 1).

Sim. Tem acompanhado, ou seja, assim, no geral o município de Timóteo tem acompanhado as mudanças foram efetuadas (...) (M 3).

No entanto, os demais profissionais entrevistados alegaram não perceberem a efetivação da mudança no cuidado ao PTM, somente informam que o município apresenta projetos, mas que ainda não estão sendo realizados; três profissionais apontaram não ter conhecimento dessa proposta em função do curto tempo de trabalho no município.

Bom, é promessas existem, no papel existe. Mas até hoje a gente não viu a coisa acontecer, que tem o plano de formar o CAPS, mas até hoje eu não vi nada acontecendo (E 2).

Ah! Existem várias propostas, vários projetos, mas não nenhum não, estão só no papel ainda. Foi aprovado, está trabalhando assim, mas nada, não tem nada pronto ainda, só no papel (E 4).

Muito pouco. Embora exista esse pensamento, de adaptação, essa nova estratégia de abordagem ao portador de sofrimento mental, mas ainda caminhamos muito pouco. Como eu já falei, ainda não foi sistematizado

essa abordagem, com isso levamos todo um isolamento aí, ou deixando em segundo plano esses pacientes que necessitam de um acompanhamento direcionado, organizado, planejado. (...) Não há uma sistematização da abordagem ao portador de sofrimento mental. É uma coisa isolada (E 5).

Então (...) eu acho que não está acontecendo ainda, por falta deste protocolo, mesmo com a padronização das ações e por outras questões que a gente vivenciou como alternância no poder executivo, etc. Então estas coisas todas dificultam, não só no caso dos portadores de transtorno mental mais também na saúde como um todo.

Nesta perspectiva, torna-se imprescindível destacar que, enquanto conhecedora da realidade do município, ou seja, por trabalhar no serviço de referência em saúde mental desde 2002, observamos que existe uma percepção da necessidade da realização da mudança no que se refere ao cuidado com o PTM, apontando para o desenvolvimento de ações na atenção básica, sendo parte desse processo a integração da equipe matricial e a capacitação da equipe de atenção básica, salienta-se que todas essas questões ainda se encontram no âmbito de propostas. O município viveu um momento de alternância do poder executivo em função de processo judicial do prefeito municipal, essa situação acabou repercutindo diretamente na efetivação da proposta e do desenvolvimento das ações. É importante registrar que, no ano de 2007, foi realizado concurso público para diversas áreas de atuação no município e, em 2008, empossaram-se os aprovados, o que garante a continuidade dos profissionais, indiferente da gestão que estiver governando. Destaca-se também que dentre os profissionais que foram nomeados no concurso público, a equipe gestora informou a dois deles, que estarão compondo a equipe matricial. Atualmente, estão integrando a equipe de saúde mental, com a finalidade de buscar compreender a dinâmica e organização da saúde mental municipal, especificamente na atenção básica; salienta-se que o serviço de referência também se encontra em processo de organização da atenção ao PTM e familiares.

Apesar de vários profissionais atentarem para a mudança no cuidado ao PTM, todos apontaram que o município de Timóteo não possui uma política de saúde mental definida, tal indefinição da política municipal de saúde mental traz rebatimentos no que tange à organização da atenção, principalmente a efetivação do cuidado na atenção básica e da não efetivação da proposta de capacitação da equipe de saúde da família. Destaca-se também que somente 03 profissionais relataram conhecer o Plano Municipal de Saúde, ou seja, um instrumento de gestão,

que deveria ser de conhecimento de todos profissionais, pois é através dele que a Secretaria Municipal de Saúde efetiva suas ações. O não conhecimento por parte dos profissionais leva ao desconhecimento da proposta de organização da saúde.

Contudo, esses profissionais mencionaram que a realização da atenção ao PTM na atenção básica se depara com diversos limites e entraves, acarretando assim dificuldades no processo de efetivação da assistência.

Uma das coisas é a questão do preconceito, a resistência dos profissionais, por desconhecerem, eles serem resistentes para está aceitando, é basicamente isso (EG 1).

Eu acho que a questão financeira no que diz respeito estrutura física, que vai ter gastos, isto aí, que vai ter gastos com profissionais, com os profissionais CAPS, toda a legalização de montar o CAPS, toda documentação, a construção do local, a contratação dos profissionais, eu acho que isso daí vai ser uma pedra boa no caminho, e um pouco de resistência, um pouco de medo, vamos assim dizer, das famílias (...). Então assim, pode ter um pouco de medo, falta de esclarecimento, mas isso vai ser fácil de recuperar, através de orientações, através de reuniões de comunidade, tipo, igual o conselho local não tem várias reuniões locais? Então seria também várias reuniões locais pra tá levando como que vai ser agora, esta direcionando... então essas coisas vai ser mais simples da gente trabalhar, são trabalhosas, mas é... da pra ser passada. Uma outra dificuldade que eles vão encontrar, a resistência dos profissionais às vezes, por quê? "Nossa, mas agora vai ficar tudo nas costas da gente que é do PSF, que é da Unidade de Saúde", então assim, pela falta de preparo também, pela falta de treinamento, vai ter essas duas situações precisando de preparo, e com medo, despreparados totalmente é (...) (E 6).

É, uma dificuldade que eu penso que vai, que vai ser difícil é a gente conseguir correlacionar a demanda que existe, que a gente tem, com o tempo específico para reintroduzir, pra reintroduzir esse serviço dentro do PSF, pra introduzir esse serviço dentro do PSF, quer dizer, teria que aumentar o número de funcionários também na equipe, para gente poder da conta, pra fazer um serviço bem feito. Porque não adianta entrar com essa proposta e continuar a mesma equipe, o mesmo número de pessoas tendo que se virar pra fazer mil e uma coisas. Uma dificuldade seria essa, aumentar o número de funcionários pra gente poder adaptar a essa nova proposta. Outra dificuldade seria também a aceitação de alguns profissionais em lidar com esse tipo de paciente, porque as vezes o profissional que não gosta de lidar com esse tipo de paciente, ele não se esforça pra prestar um atendimento pra ele também não. Eu vejo isso em muitos atendimentos médicos. Às vezes têm alguns médicos que assim, até se esforça pra atender, mas alguns outros nem fazem questão, porque não é a área dele, ele não foi capacitado pra isso, ele não tem especialização nisso (E 1).

Primeiro eu acho que é a falta de profissional qualificado pra isto, o espaço físico que eu acho que deve ser uma coisa também que deve ser conquistada e o treinamento da equipe pra fazer funcionar (E 2).

Primeiro o número de equipe do Programa de Saúde da Família, ainda não cobre 100% do município, para que a gente consiga fazer isso de uma forma eficiente eu acredito que tem que aumentar o número de equipes é... com o intuito de implantar estratégia ao Programa de Saúde as Família,

com a sistematização e a abordagem ao portador de sofrimento mental, sobre a ótica, da descentralização, da reforma psiquiátrica. É formação técnica mesmo, para... formação técnica para abordagem desse portador de sofrimento mental e criação dos CAPS mesmo, porque a gente não tem CAPS hoje, pra que a gente possa referenciar esses pacientes (E 5).

Primeiro a questão da sensibilização até mesmo dos funcionários da rede, e segundo seria a questão de viabilizar um centro de referência com uma equipe no caso, a gente já havia inclusive conversado em relação à questão do CAPS para poder ajudar na fomentação e até na implementação do serviço de saúde mental e terceiro, acho que a questão de vontade política mesmo (E 3).

Pode-se perceber que as dificuldades apontadas pelos profissionais vão desde a questão da infra-estrutura, financeira e até mesmo a resistência de profissionais e familiares, mas não podemos deixar de destacar que toda mudança gera questionamentos, medos, inseguranças, principalmente alterações na assistência ao PTM, por ter sido historicamente visto pela sociedade como um ser perigoso e que deve ser tratado em instituições asilares. Gonçalves (2000) aponta sobre as dificuldades deparadas durante dois anos de trabalho junto ao Programa de Saúde Mental do Qualis, destaca “resistências, intempéries e um compreensível desgaste diante da complexidade dos casos atendidos, das condições adversas de trabalhos e dos conflitos existentes a toda a experiência instituinte” (p.112). O autor salienta que toda mudança faz parte de um processo, em que se realizam trocas, aprendizados, revendo procedimentos e posturas. Dessa forma, os desafios apontados pelos profissionais não fazem parte somente da realidade de Timóteo e sim de uma conjuntura nacional, considerando as particularidades de cada município. Gonçalves (2000) destaca também outros desafios, como a capacitação, a disponibilidade financeira para execução da proposta, escassez de recursos humanos. Torna-se necessário envolver todos os sujeitos neste processo de mudança, para que passem a acreditar na proposta, entusiasmando com a possibilidade de efetivação do cuidado, o que leva a superar a precariedade.

O maior desafio seria capacitar essas equipes para pensar (e agir em) saúde mental sem recorrer as velhas estruturas, construindo no dia-a-dia do trabalho, com as famílias e com a comunidade, novos dispositivos que pudessem efetivamente ajudar as pessoas a cuidar melhor da saúde e reorganizar suas vidas. A questão fundamental era ampliar a capacidade de escuta das equipes e pensar juntos em estratégias de intervenção que pudessem ajudar as famílias a superar suas dificuldades. O PSF está pautado na integralidade e numa abordagem continuada que vê o indivíduo como um todo, no contexto em que vive. E é justamente isso que o PSM<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Programa de Saúde Mental.

propõe ao eleger a comunidade e a família como lócus de intervenção, a Unidade de Saúde e as ESFs como eixo da assistência e a proximidade como método. O PSF requer das equipes um manejo instrumental das próprias ansiedades e o desenvolvimento de atitude solidária e afetiva diante da população e de seu sofrimento (Gonçalves, 200, p. 110-111).

Contudo, tais dificuldades e desafios citados, não fazem parte somente da realidade de Timóteo e sim dos serviços que buscam mudanças na assistência, portanto foi possível perceber esses limites na experiência desenvolvida por Gonçalves (2000), pois trata-se de uma nova possibilidade de cuidado ao PTM, e qualquer processo de mudança leva à inquietação, a conflitos e a questionamentos.

Com relação às atividades, ações que podem vir a ser desenvolvidas em função do Portador de Transtorno Mental - PTM pela ESF, os profissionais e gestores apontam inúmeras delas, mas ressaltam as atividades pautados no atendimento, na busca pelo usuário, medicação.

(...) Eu acho que as ações básicas da Unidade, que a Unidade tem que fazer, eu acho que já... que já são as ações que nós fazemos hoje. Que é o cuidado de está observando o paciente, ou seja, saber se o paciente, se ele está tomando a medicação, como é que a família está tratando esse paciente, como é que essa sociedade, onde que ele vive, como é que esses vizinhos tão tratando esses pacientes (M 3).

Bem, o acompanhamento familiar, o acompanhamento de enfermagem e médico e o esclarecimento com orientações e exposição do assunto para a comunidade nos diversos setores da regional (E 3).

É desenvolver atividades programadas, direcionadas a esses portador de sofrimento mental e sua família, visita domiciliar sistematizada pela equipe, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (E5).

Que ele seja atendido pela própria equipe da saúde da família, que o uso injetável seja controlado pela equipe da saúde da família. E que o programa da saúde da família, o médico ele tenha a contra-referência, então é igual eu falei, quando a gente informatizar vai melhorar bastante (EG 1).

Primeiro, verificar a questão da medicação, se o paciente está tomando direito, se está misturando álcool junto com a medicação. Primeira coisa que eu acho, é a medicação. Segundo, atividades sabe, um dia vim cá não sei, chamar crianças, torrar pipoca, uns negócios assim (...) tentar aproximar mais, as pessoas que têm problema psiquiátrico da gente, da equipe aqui, entendeu? Eu acho que é isso (M 1).

Primeira ação, o acompanhamento a domicílio do paciente e sua família, isso tanto o agente de saúde, quanto o técnico de enfermagem, quanto os enfermeiro, quanto o médico. Se for necessário, a gente ta lá (...) (E 6).

Para Lancetti (2000), as ações de saúde mental desenvolvidas pela saúde da família deverão considerar o PTM como cidadão, sujeito de direitos, o mesmo, não

padece de doença mental e física separadamente, é preciso estabelecer a “cultura” da escuta entre os profissionais de saúde. Benedetto Saraceno citado por Casé (2000), realiza uma discussão acerca da cidadania do PTM, a qual não se configura como uma simples retomada de “seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais” (p.136), pois a única forma de reabilitação é através da construção coletiva acerca do relacionamento, afeto, aspecto social, econômico e outros. A partir das atividades apontadas pelos profissionais, fica explícito que, atualmente, não é desenvolvida nenhuma atividade para o PTM e seus familiares, porque 10 entrevistados sugerem a realização de atividades voltadas para o tratamento em si e estabelecimento de vínculo, também avaliam ser necessário realizar esse acompanhamento de forma sistemática. Tais apontamentos demonstram que a visão dos mesmos está focada no modelo biomédico, pois não conseguem ultrapassar a questão da intervenção na doença, sugerem a realização de atividades sócio-educativas, que vão proporcionar rebatimentos somente na questão da patologia, não atingindo os aspectos culturais e comunitários.

Somente dois profissionais apontaram acerca da interação com a comunidade, envolvimento dos PTM com a sociedade de uma forma geral e a troca de experiências.

Eu acho que poderia ter alguma atividade artística, principalmente manual, (...) eu acho que não devia tratar apenas deles não, mas de coisas a fazer dentro da comunidade (M 2).

Uma delas seria está sempre fazendo grupos entre familiares para está fazendo é, não discutindo o caso da doença em si, para ta tendo formas de... tendo experiência entre um, grupo e outro, entre uma família e outra, entre um paciente e outro, para troca de experiência mesmo. Outra coisa seria uma oficina de artesanato de uma coisa manual para estar juntando eles também. Eu acho que tem que ser por aí. Eu acho que essas duas coisas ajudariam muito, muito (...).

A percepção da interação do PTM com a comunidade ainda não faz parte da compreensão da maioria dos profissionais, somente dois destacaram sua importância, a interação família, comunidade e PTM. Esse é um caminho possível, pois há uma necessidade de interação constante, desconstruindo práticas conservadoras, buscando, criando e reinventando o cuidado em saúde mental, porém as novas práticas deverão ser construídas a partir da realidade de cada município.

Quando são questionados acerca das facilidades em relação ao cuidado ao PTM, os mesmos apontam, com tranqüilidade e clareza, a existência das mesmas, porém, percebe-se que estão voltadas para o vínculo, o contato já existente da equipe da ESF com a comunidade.

A facilidade que eu penso é que tanto os usuários quanto os familiares dos usuários, em alguns, tem opção que ele realmente não aceita o atendimento, mas na maioria dos casos, por ele ter um contato muito próximo com a gente que é da área, a gente já conhece a mais tempo, eles se abrem mais com a gente, e aí fica um pouco mais fácil de você está lidando, trabalhando dia-a-dia com eles, vai acabar pegando o jeitinho deles em alguma dificuldade, em alguns momentos, você vai saber como lidar com ele naquele momento. Porque cada paciente ele vai é, se ele vai ser atendido por uma pessoa que ele nunca viu, ele vai comportar de uma forma. Agora se ele for atendido por mim que está dia-a-dia com ele, ele vai ter uma outra reação. Então a facilidade é o contato próximo que agente tem com eles, muito próximo. Não todos os dias, mais na maioria das vezes a agente tem o contato mais próximo com eles que uma pessoa que ele vai ver a muito pouco tempo, a muito pouco tempo, a facilidade é o contato. (E 1).

As facilidades a dedicação, a busca do conhecimento, a boa vontade de querer ter melhoria, eu acho que isto traduz em condições suficiente para facilitar na melhoria da saúde mental do município (E 3).

Um fator que facilita bastante é o PSF, porque com o PSF a gente tem condições de conhecer melhor os nossos usuários, temos condições de fazer parcerias, por exemplo, com as igrejas, instituições e associações de bairro, então a gente tem esta condição por ter o PSF (E 2).

Além dessas facilidades apontadas, Lancetti (2000) salienta que a ESF apresenta como elementos facilitadores a realização de parcerias em função do vínculo com a comunidade, bem como a interlocução com as demais políticas públicas e dispositivos comunitários. O autor também pontua a necessidade da capacitação continuada das equipes, tanto de saúde mental e saúde da família.

É notório, entre os profissionais que as facilidades estão vinculadas ao próprio trabalho desenvolvido pela ESF e à comunidade, ressaltam que esse vínculo e proximidade é o diferencial, podendo assim possibilitar a concretização de frentes/atividades inovadoras, utilizando os próprios dispositivos comunitários existentes. Mas ainda imperam múltiplos desafios, a construção de novas práticas que possibilitem o rompimento com o paradigma manicomial. Dessa forma, é necessário e urgente utilizar as facilidades apontadas para trilhar novos rumos para a saúde mental, uma vez que “o modelo territorial vai muito além dos limites geográficos, pois permite uma organização da rede de saúde, partindo de um contexto histórico particular, refletindo tudo o que uma população produz.” (CABRAL

et al., 2000, p.138). A ESF é um campo fértil para a realização do cuidado em saúde mental.

A única coisa que a gente tem certeza, é que o agente comunitário vai lá sempre e nos passa isso. Essa é uma facilidade. É a maior facilidade que a gente tem. É a onde a gente sabe (...) (E 4)

Acreditar que pode ser mudado, que este é o caminho correto, seria ver o portador de sofrimento mental como uma pessoa, como uma pessoa que tem necessidades humanas e mudança de paradigma mesmo. Além disso, envolvimento político, envolvimento de ações eficazes, uma ação eficaz e sistematizada, como eu já falei, e supervisionar para que a gente possa evoluir o tratamento e o acompanhamento do portador de sofrimento mental (E 5).

As facilidades que a gente é muito preocupado com essa questão de comunidade, de família, de assistência mais de perto, de correr o olho mais de perto, esse lado humano sempre preocupado, então é uma preocupação minha, isso ponho na cabeça de todas elas, até faxineira (E 6).

No entanto, nessa conjuntura também emergem as dificuldades, mas também não podemos negar que elas permeiam o cotidiano de todos os profissionais, não somente o da ESF, é preciso pensar em práticas de saúde pautadas na integralidade, já que o sistema de saúde não tem mais espaço para práticas fragmentadas.

Informação técnica pra abordagem ao portador de sofrimento mental, o desinteresse ou omissão da família em relação aos entes portadores de sofrimento mental e um grande número de habitantes para uma mesma equipe da Saúde da Família, uma melhor distribuição da comunidade pra perspectiva das equipes de Saúde da Família. Além da gente atender todas as outras necessidades, e que muitas das vezes acaba priorizando, como já foi falado, determinados grupos, deixando ou o portador de sofrimento mental em segundo plano (E 5).

É a falta de um CAPS, é a falta de uma contra-referência (...). Dificuldade tem mais que facilidade. A dificuldade seria a demanda que é muito grande, é casos pequenos em relação, tipo colocar em proporção ao paciente de saúde mental, eles precisam de muito mais tempo pra ser dedicado, precisam muito mais de atenção, porque os casos que a gente atende no dia a dia aqui, por que são pessoas que vem três, quatro vezes por semana, são pessoas que não tem necessidade de ficar aqui dentro e tal todo dia, e o paciente acaba ficando prejudicado por causa disso, então é uma dificuldade. Não tem um programa certo, a gente não tem capacitação para isso. Então, acaba também que a gente não sabe, não lida com o paciente da melhor forma, a gente lida melhor da forma que a gente sabe, mas a gente sabe que não é a melhor forma que o paciente precisa, merece ainda. Então é... essas dificuldades... o médico também não poder está indo lá sempre (E 4).

Eu percebo que falta um olhar mais voltado pra questão de capacitação, até mesmo de viabilizar formas de melhoria no atendimento do portador de transtorno mental, isto eu falo em relação a capacitação da rede toda. Porque é claro que a gente tem algum caso que a gente estuda e tudo, mas



tem que ter uma ação padronizada, tem que ter uma capacitação juntamente com outros profissionais exatamente pra poder buscar a melhoria no atendimento do paciente com transtorno mental. Então eu creio que a principal dificuldade eu colocaria que seria esta questão da capacitação juntamente com a atualização, buscando a melhoria tanto do conhecimento técnico quanto do conhecimento prático (E 3).

A dificuldade desse profissional psiquiátrico, do psiquiatra... de está encontrando esses profissional, o que não acontece aqui no município. Então pra mim já não é uma dificuldade, já é pra nós aqui... nós já temos isso muito bem estabelecido, já tem uma Unidade onde que fica o psicólogo e o psiquiatra onde que a gente referencia o paciente que a gente acha necessário para fazer uma consulta, ou fazer um acompanhamento melhor, sempre que a gente encaminha o paciente para lá, é devolvido esses paciente para gente com o que foi feito, com o que foi realizado naquela Unidade (M 3).

Como enfermeira... é a estrutura física mesmo, eu estou até precisando de ter uma sala pra mim, a sala assim, a gente fica num lugar no outro, então essa questão da estrutura física eu sinto muita dificuldade, ter o local adequado para recebê-lo, um local adequado pra reunião, tanto pra família, e também com os pacientes, aqueles que da pra vim até nós, eu tenho muita dificuldade, eu tenho dificuldade também da falta do preparo do profissional às vezes, e preciso também de treinamentos, que tem situações que a gente ainda assim, tecnicamente falando, a gente ainda ta precisando de ter treinamentos, porque essa linha de saúde mental ela é muito... muito complexa (E 6).

É presente, dentre as dificuldades apontadas, a ausência de capacitação e infra-estrutura como uma questão central assinalada entre os profissionais. Esse processo de efetivação do cuidado ao PTM e a busca pela construção de novas possibilidades é um caminho árduo a ser construído, trabalhar com a saúde mental demanda a necessidade constante de romper com os desafios, dificuldades deparadas no cotidiano do trabalho, é preciso querer fazer diferente, uma vez que os limites circundam os diversos espaços sócio-ocupacionais.

Agora o dificultador seria a falta de treinamento, a falta de profissional capacitado, eu acho que a centralização do serviço dificulta muito porque a saúde mental trabalha lá isoladamente e a gente aqui, então não tem interação dos serviços (E 2).

A dificuldade eu falei, é a falta de capacitação. E a outra dificuldade é a falta de profissionais, que a gente está vivendo hoje, a gente está trabalhando no limite, com o número mínimo de técnicos de enfermagem, com o número mínimo de, de agentes administrativos, com a área sem cobertura de ACS. Então essa é a nossa dificuldade também. Mas a gente sabe que a realidade é dura, pra lidar com esse tipo de paciente a gente tem que se esforçar ao máximo e quanto mais capacitação vier vai ser válido (...). É uma área que fica isolada realmente, é uma área que não tem uma atenção especial, de tantas outras coisas que a gente desenvolve, a gente acaba deixando de lado o portador de saúde mental, ele só é atendido nas horas emergenciais. Porque capacitado você tem mais coragem de encarar o problema (E 1).

O desafio está posto, há uma necessidade de construir e redimensionar o modelo de atenção à saúde mental, reivindicando assim um chamado a profissionais, gestores, familiares, PTM e comunidade, essa construção só é possível se for pela via da coletividade. Assim a saúde mental terá uma outra história, com a construção em equipe através da utilização de inúmeras estratégias para combater as dificuldades.

### **3.4.2 – A perspectiva de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde**

Neste tópico, será apresentada a concepção dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde - ACS com vistas a identificar a compreensão dos mesmos acerca da efetivação do cuidado ao PTM na atenção básica, bem como os limites e possibilidades que circundam o cotidiano desses profissionais da ESF. Conhecer a percepção dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde – ACS é de extrema relevância, pois fornecerá subsídios que proporcionarão a apreensão acerca da organização da assistência ao PTM pela equipe da Estratégia de Saúde da Família.

#### **Eixo 1 – A concepção do cuidado**

Buscou-se identificar junto aos participantes da pesquisa a percepção acerca da concepção do cuidado, Reforma Psiquiátrica, da Atenção ao PTM na Atenção Básica, os atendimentos realizados pela equipe da ESF, as mudanças na atenção à saúde mental, o que está previsto no Plano Municipal de Saúde para esse nível de atenção, os limites e possibilidades de efetivação do cuidado ao PTM na atenção básica e a especificidade da equipe da ESF.

Salienta-se que as entrevistas foram analisadas separadamente, sendo médicos, enfermeiros, equipe gestora em um eixo, e técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS em outro eixo, considerando a perspectiva dos profissionais, em virtude dos diferentes papéis desempenhados por esses atores na rede assistencial. Justifica-se tal separação das análises em função das especificidades de cada

membro da equipe e do processo de formação, mas, contudo, salienta-se que tal análise vem buscar compreender a atenção realizada pela equipe, não de forma fragmentada, e sim a análise a partir da singularidade de cada segmento, não perdendo de vista o trabalho desenvolvido pela ESF. Ressalta-se que o roteiro utilizado foi o mesmo para todos os membros da equipe, dessa forma, as categorias de análise serão as mesmas.

Buscou-se compreender o conceito de saúde, quais os elementos encontram-se implicados nesse contexto, para, posteriormente, analisar a compreensão acerca do cuidado ao PTM na atenção básica a partir da perspectiva dos técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS. Tal compreensão torna-se necessária, possibilitando uma reflexão acerca do trabalho efetivado e qual a concepção de saúde que norteia o desenvolvimento das suas atividades. Salienta-se que os ACS não passaram por nenhum processo de formação e que seu conhecimento é resultado da vivência empírica e de capacitações esporádicas e não sistemáticas que o município ofereceu.

(...) a gente tem que prevenir, ajudar a prevenir contra as doenças, no mais tem algumas pessoas que não entendem não, o serviço da gente é este, dizem que a gente está andando à toa, eles confundem, a gente orienta e não anda na rua (ACS 29).

Viver, acho que em busca de qualidade de vida, também está relacionado com a prevenção, tem que ter assim, prevenir, para ter depois uma qualidade de vida melhor (TE 1).

A Organização Mundial da Saúde - OMS define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. Atualmente busca-se ultrapassar esse conceito, compreendendo a saúde como resultante de fatores condicionantes e determinantes, conforme regulamentado na Lei Orgânica da Saúde, visando garantir à população acesso a lazer, educação, trabalho, meio de transporte e outros. A Constituição brasileira declara a saúde como direito social (art. 6º), sendo esse direito de todo cidadão e, conseqüentemente, dever do Estado (art. 196).

Os ACS e técnicos/auxiliares de enfermagem trouxeram elementos extremamente importantes quando definiram saúde, articulando acerca da prevenção e das atividades sócio-educativas, ou seja, quando realizam um trabalho de orientação estão produzindo saúde, porém restringem a compreensão acerca da ausência de doença e do trabalho preventivo, uma vez que saúde é resultante de

fatores sociais, econômicos, políticos. A partir do relato do ACS, fica explícito que a população ainda não tem conhecimento acerca do trabalho desenvolvido pela equipe da ESF, salienta-se que, dentre as atribuições do ACS, está previsto o acompanhamento familiar, através das visitas domiciliares, conforme regulamentação na Política Nacional de Atenção Básica (2006a), uma das características referentes ao processo de trabalho da Saúde da Família é o desenvolvimento da “prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade” (p.26).

No entanto, no que se refere à concepção de saúde, há um imenso arsenal de considerações apontadas pelos entrevistados, mas o predominante foi o conceito da Organização Mundial de Saúde, dessa forma, de 39 entrevistados, somente 05 apontaram a compreensão da saúde para além do conceito da OMS.

Saúde para mim é o bem estar físico mental e social (ACS 25).

É agente estar bem emocionalmente e fisicamente (TE 5).

Bem saúde é o bem estar da pessoa, física e mental, de qualquer ser humano (ACS 01).

Saúde é o bem-estar da pessoa, a pessoa se sentir bem, estar bem com o corpo e com as pessoas (ACS 10).

E o bem estar físico, mental e social, de todas as formas estar bem (ACS 17).

Saúde para mim é a gente estar bem com a gente mesmo, mental e social (ACS 26).

Destacam-se alguns conceitos de saúde abordados pelos técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS que ultrapassam o conceito da OMS, entendem a saúde para além do bem estar físico, social e mental. Existe entre o grupo de ACS e técnicos/auxiliares de enfermagem a compreensão acerca do conceito ampliado de saúde.

Saúde vem a ser um bem-estar físico, social, mental. Engloba muito mais do que alguns tipos de doença. A pessoa tem que ta bem fisicamente, psicologicamente, faz parte da saúde várias coisas (...). A pessoa não tem, quer dizer que só porque a pessoa não tem nenhum tipo de doença que vai dizer que ela tem saúde também (TE 4).

Para mim saúde é um bem estar consigo mesmo, com todos, tem que sentir bem, é não é ficar sentindo dor, é está bem assim de saúde, você tem que saber ta bem consigo e com todas pessoas (ACS 06).

Bom, pra mim é um conjunto, não é só o bem estar físico, tem que estar bem tanto mental, físico, sentimental, financeiro, para mim é um conjunto de tudo, para benefício físico, por que normalmente se alguma coisa não está bem na sua vida reflete na sua saúde, então precisa está tudo legal, pelo menos não 100%, porque 100% é meio difícil estar, mas pelo menos 80%, 90 % pra que sua saúde esteja bem (ACS 12).

É possível observar que ACS e Técnicos de Enfermagem entendem a saúde além do bem estar físico, mental, social e a ausência de doenças. A defesa da saúde se efetiva na realização de lutas para melhores condições de vida, tais como no acesso à informação, alimentação, saneamento básico e outros. Proporcionar saúde significa, além das ações de promoção e proteção, prevenir doenças, buscando assegurar condições para a ampliação da qualidade de vida, a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades, de acesso aos serviços. O atual conceito de saúde busca romper com o paradigma de ausência de doenças, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, produzido socialmente, nessa perspectiva, procura possibilitar as oportunidades de produção de saúde, a partir de uma intervenção interdisciplinar e a interlocução com as demais políticas públicas.

Observa-se que a concepção predominante de saúde se pauta pelo conceito da OMS, o que demonstra a necessidade de uma capacitação para os mesmos, pois a atual conjuntura demanda uma compreensão ampliada, que reconheça o usuário na sua particularidade, buscando a plenitude da produção de saúde a partir do desenvolvimento de atividades educativas com a comunidade, sendo esta a protagonista desse processo, reconhecendo-se como integrante de um conjunto de dispositivos que levam à produção da saúde.

Muitos elementos da vida social contribuem para uma vida com qualidade e são fundamentais para que a população alcance um perfil elevado de saúde. Para tal efetivação, além do acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é fundamental disponibilizar políticas públicas e uma satisfatória articulação intersetorial dessas com a sociedade.

Salienta-se que dentre os 39 entrevistados, entre ACS e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, é relevante apontar que 10 informaram não ter nenhum conhecimento acerca da proposta de assistência ao PTM na atenção básica, mais

particularmente na ESF, no entanto, relatam que no cotidiano do trabalho realizam visitas, acompanham a medicação.

A gente já convive com essas pessoas no dia-a-dia, por que creio que todas micro área nossa tenham um portador assim de deficiência mental, a gente já, o nosso dia-a-dia acaba lidando já com essa situação, do paciente portador de sofrimento mental (ACS 07).

Que eu conheço e só visita domiciliar, no caso se precisar, e atendimento básico mesmo e a consulta na unidade (ACS 18).

Os demais ACS e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem entrevistados apontaram a existência de algum conhecimento, consideram que o conhecimento acerca da proposta da assistência ao PTM pela ESF é muito restrito e oriundo da própria vivência enquanto membro da equipe da ESF.

Já. Assim, muito pouco, mais é aqui dentro do posto mesmo que já ouvi falar, que a gente procura está fazendo as visitas, orientando, não só o deficiente, mas a família, por que o mais importante para eles é o apoio da família, muitos casos isso não tem, e a pessoa fica muito intimidada, fica com receio de esta, de quando entra em crise, de ser agredido, assim, é uma dificuldade (ACS 1).

Já ouvi falar o seguinte, que eles têm direito como todos tem direito, e que o meio mais saudável pra cura deles é a unidade com a família, não é prendê-los num sanatório que eles vão ser curados (ACS 19).

Observa-se que o conhecimento da proposta da assistência ao Portador de Transtorno Mental é resultado da sua prática, ou seja, a partir do contato direto com o PTM é que se conhecem a realidade, as necessidades; a vivência empírica leva a uma compreensão acerca da maneira como o mesmo deve ser tratado, o que denota, mais uma vez, a necessidade de espaços de reflexão e capacitação para o grupo, pois a realidade os convida, diariamente, a intervir em situações extremamente distintas e desafiadoras que, na maioria das vezes, não tem nenhum conhecimento prévio acerca daquela demanda.

No entanto, alguns apontaram também que a atenção ao PTM está voltada para as situações de crise, de surto, porque a rotina não permite a realização de um acompanhamento mais sistemático. O conhecimento da proposta de atenção ao PTM está voltado para o exercício profissional, principalmente o do ACS, sua vivência empírica leva-o a entender que a assistência ao PTM deve ser realizada pelo serviço de referência em saúde mental, ainda não conseguem identificar o PTM como público alvo da ESF. Apesar de alguns terem apontados que conhecem a

proposta de atendimento ao PTM pela ESF, fica explícito que tal conhecimento está voltado para a realização de visitas, atribuição específica do ACS, por ser o elo de ligação entre a comunidade e a ESF, mas destaca que tal visão não é só do ACS, pois médicos, enfermeiros e equipe gestora apontaram a assistência como a realização de visitas e de acompanhamento da medicação; no entanto, a intervenção ao PTM é realizada pelos ACS e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem a partir da demanda apresentada.

Assistência no PSF do portador mental, a gente não tem ainda esta assistência totalmente à gente só faz as visitas e pronto, mas assistência tem é na neuro, acompanhamento é na neuro. Olha, eu acho que para isto acontecer a gente tem que ter capacitação, para lidar com estas pessoas. Porque tem que um psiquiatra, tem que ter todos os membros de uma equipe preparada para está lidando com isto, porque como a gente vai lidar com estas pessoas sem ter preparo nenhum (ACS 22).

Bom, aqui no PSF num presta muito, porque como tem a saúde mental, ou seja, a gente tem pouco contato com estes pacientes mentais, então assim é só mesmo no caso de urgência, para consulta ou coisa assim, a família solicita, mais assim, a gente não tem muito contato não, então assim, é mesmo encaminhado pra saúde mental (TE 2).

É importante destacar que, a atenção básica tem como princípios fundamentais a integralidade, equidade, a participação social, dessa forma a ESF busca a efetivação desses princípios, compondo um conjunto de prioridades políticas. A ESF visa a organização da atenção básica, tendo como principal desafio promover a reorientação das práticas de saúde de forma integral e contínua, fundamentado-a no vínculo e na atenção à família. Desse modo, a partir das transformações na atenção à saúde mental, a ESF passa a ser reconhecida, considerando a sua especificidade de intervenção, como locus privilegiado para a efetivação do cuidado ao PTM.

De acordo com Cruz e Ferreira (2007), as últimas décadas foram marcadas pelas mudanças na assistência à saúde mental, foi realizada uma discussão coletiva, juntamente com familiares, usuários, profissionais da saúde, gestores na busca por novas formas de cuidar do PTM. A partir das novas diretrizes políticas em saúde mental, oriundas do movimento de Reforma Psiquiátrica apontam a atenção ao PTM para atenção básica. Conforme apontado na Linha Guia de Saúde Mental/MG (2007), a interlocução da saúde mental com a saúde da família é uma ação necessária e possível, essa interação visa também proporciona “o reconhecimento da cidadania do usuário do serviço de Saúde só se dá quando o

tratamos verdadeiramente em pé de igualdade”, pois a cidadania se efetiva “quando se partilha a palavra e toma decisões, encontrando para as questões que afetam a cada um seu registro na cultura.” (p. 49).

No entanto, apesar de não terem o conhecimento teórico acerca da proposta da assistência ao PTM na atenção básica, eles mencionaram o PTM como um sujeito de direitos, que deve ser respeitado e compreendido, conseguem perceber que a assistência aos mesmos se efetiva através de encaminhamento ao serviço de referência em saúde mental e que há uma necessidade de capacitação para compreenderem as mudanças na assistência ao PTM, bem como as possibilidades de cuidado na atenção básica.

No que se refere aos exemplos de abordagem ao PTM, apontaram o que já foi destacado acima, ou seja, a realização de visita domiciliar e de acompanhamento da medicação. Porém, quatro entrevistados destacaram algumas abordagens que ultrapassam esses atendimentos e que vêm ao encontro da proposta de efetivação do cuidado e também do fortalecimento da atenção básica.

É integrar, estar tentando chamá-los mais pro nosso convívio, porque o nosso trabalho, e trabalho tipo assim de integração junto com a sociedade, que a gente não tem, integrando-os mais na sociedade e tal, aproximando pra gente vê que eles são alguém, que eles sempre são excluídos, sempre são, não é um doído (TE 2).

Acho que uma coisa assim, que a gente pode está fazendo é primeiramente ouvir o paciente, a queixa dele, acho muito importante (ACS 27).

Uma terapia, assim é ocupar o tempo deles, entendeu, palestra, ensinar eles a fazer trabalho manual, igual C., é uma paciente da minha área de abrangência e, e ela tem interesse, igual você viu ela ali, aprendendo, fazendo um tricô. Acho que se a gente fizesse um trabalho com eles assim, acho que ajudaria (ACS 05).

Percebe-se que, apesar de não terem o conhecimento técnico acerca da integralidade na assistência oriundo do processo de formação, apontam ações, atividades que podem vir a ser desenvolvidas que efetivam a integralidade do PTM, pois buscam valorizá-lo na sua singularidade, reconhecendo-o como sujeito de direitos e que deve conviver na sociedade, não mais sendo isolado, segregado.

Em relação à assistência ao PTM a partir da Reforma Psiquiátrica, apesar de alguns terem apontados o não conhecimento, foi possível perceber que, em alguma medida, sabem do que se trata, ou seja, da mudança em relação à forma de cuidar, não mais em manicômios, os quais devem ser substituídos por serviços abertos,



comunitários. Também torna-se fundamental salientar que a Reforma Psiquiátrica ultrapassa a questão apontada, pois abarca uma mudança social, política em relação ao PTM. Para Vasconcelos (2002a), “o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área, buscando uma nova recomposição de conhecimentos [...]” (p. 43).

Eu acho assim, veio mudar por que antigamente a gente ouvia falar que se a pessoa surtasse, ela era levada internada, ficava longe da família, hoje em dia essas pessoas são tratadas junto com a família (ACS 31).

O que o pessoal ficava internada, e que agora fazem o tratamento em casa. É isto, por que antes era mais doloroso para o paciente em si, que antes ficava lá internado, ficava longe da família, pelo que eu entendi, eu fui ver melhor, o paciente perto da família e está integrando com a comunidade (ACS 24).

Ao analisarmos os depoimentos, identificamos que a compreensão dos entrevistados em relação aos pressupostos da assistência ao PTM estabelecidos na Reforma Psiquiátrica encontra-se no âmbito da internação psiquiátrica, do afastamento familiar e não de um processo político, cultural e de mudanças na efetivação da assistência, da integração com a comunidade. No entanto, essa perspectiva de Reforma Psiquiátrica vinculada ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, também foi apontada pelos médicos e enfermeiros, não é só uma percepção desse segmento e sim de toda a equipe da ESF.

## **Eixo 2 – A organização do Trabalho**

No que tange à organização do trabalho da ESF em relação ao PTM, eles informaram que o primeiro contato é do ACS, mas destacam que todos os profissionais da equipe realizam o atendimento, no entanto é o ACS quem visita as famílias, ou seja, identifica e cadastra a população. Para Loyola, Rocha e Filho (2007), “o cotidiano de trabalho do ACS se estrutura sobre visitas domiciliares periódicas para o monitoramento da saúde das famílias com base em sua cultura, ou seja, em seus saberes, querer e fazer” (p.85). Os autores destacam que os ACS são produtores de saúde por excelência, um educador permanente em defesa da vida, estimula a interação da comunidade com a equipe da ESF, alegam também uma das fundamentais funções dos ACS é saber escutar, ler e compreender as reais

necessidades da população para posteriormente, levá-las para a sua equipe de trabalho.

Na nossa equipe, quem recebe e quem acolhe o paciente, o usuário somos nós, que somos agentes comunitários de saúde, mais porém a gente vai a casa dele em visita e olha o que está acontecendo e para a gente estar passando para o enfermeiro (ACS 25).

Primeiramente quem chega a ir na casa da família, somos nós os agentes de saúde, enfim, nós levamos o técnico de enfermagem pra avaliar também, para o técnico está passando para o médico (ACS 09).

A análise das entrevistas de uma forma geral, tanto dos ACS e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem revelou que o ACS é o membro da equipe que tem um contato direto com o PTM, pois é ele quem realiza as visitas domiciliares, conhece a realidade de cada usuário e que estabelece um vínculo com o mesmo. Percebemos que o ACS, a partir dos apontamentos realizados, é o elo entre a equipe da ESF e o PTM, é preciso que este seja estimulado, o que denota uma necessidade de capacitação dos ACS em saúde mental, pois as condições concretas para a efetivação já existem, há uma necessidade de fortalecimento.

Os entrevistados, de uma forma geral, destacaram que, ao realizar atendimento ao PTM, verifica-se a medicação, o estado de consciência, alimentação e a sua interação com a família, porém a principal preocupação está voltada para a medicação. Destaca-se também um elemento importante que é a relação desse portador com a família, a qual é fundamental no cotidiano do PTM.

Primeiro eu começo observar, por exemplo: a fala do paciente, se ele está muito assim repetitivo, eu concentro nos pais dele, muitas vezes ele pode estar também ali com falta de atenção da própria família dele, que ele se torna agressivo, eu vou está observando ele, eu olho, olho pressão, o primeiro contato meu, eu chego pro paciente peço pra ele ficar calmo, sento com ele e começo a conversar com ele, ai depois que eu vou, ai eu olho pressão, verifico o pulso (TE 01).

É verificado se ele está tomando o medicamento certinho, se ele já teve alguma boa melhora, todo mês a gente visita o portador uma vez ao mês, tendo uma entrega ou não, a gente tem que ir lá, para ver como ele está. Nós perguntamos para ele se ele está bem, se está tomando os medicamentos certinhos, se ele está precisando de alguma ajuda ou de alguma outra coisa que o agente comunitário pode estar ajudando ele naquele momento (ACS 25).

Se eles estão alimentando direitinho, não é só tomar remédio, tem que ser uma alimentação adequada (ACS 29).

De imediato, que é de praxe para todo mundo, não só pelo portador, primeira coisa que eu pergunto se a pessoa está em uso de medicação, se está usando, se não está usando, se tem muito, ou algum envolvimento com droga, de bebida, como é que está tomando remédio (TE 3).

O PTM deve ser compreendido a partir de todo o contexto onde está inserido, não somente no que se refere à saúde mental, pois a integralidade na assistência se pauta no reconhecimento e na valorização do sujeito, suas particularidades, bem como aspectos culturais, sociais, econômicos e outros. Conforme regulamentado na Política Nacional de Atenção Básica (2006a), é atribuição privativa de todos os profissionais da equipe “garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização de ações programáticas e de vigilância à saúde” (p.42).

Desta forma, os principais atendimentos realizados encontram-se no âmbito da realização da visita domiciliar, acompanhamento da medicação, troca de receitas, contudo, essa é uma realidade da equipe e não só dos técnicos/auxiliares e ACS, conforme observado nas entrevistas dos demais profissionais da ESF.

Primeiro tem as visitas que são feitas, quando acontece de chamar a gente vai, eu não vou sozinha, sempre eu levo uma pessoa comigo, até o médico também vai, pode se a pessoa está já usando medicamento (ACS 24).

São as visitas domiciliares, as consultas com os médicos e quando precisa de fazer algum exame, algum atendimento para registrar, a gente está levando até eles (ACS 21).

As trocas de receita médica, verificando se os remédios não estão fazendo efeito, nós damos o jeito de marcar a consulta pra ele, em seguida o acompanhamento geral, que geralmente é uma vez por mês. Eu particularmente passo uma vez por semana, ao de saúde mental; para acompanhar, para saber como está, aqueles que dão problema eu costumo ir mais de uma vez por semana, eu ando sempre na rua aí então eu pergunto: “está tudo bem aí, fulano?”, só pra saber como ta a pessoa (ACS 09).

Segundo Loyola, Rocha e Filho (2007), “a comunidade não é uma entidade abstrata; existe dentro de uma realidade concreta e consegue, com seu saber popular, reconhecer a si e a seus potenciais parceiros.” (p.87). É nesse contexto que se efetiva a ESF, que tem como papel a busca pela compreensão da sociedade e das famílias que o compõem, e é através do ACS que se reconhece cada especificidade, o PTM, com a participação de toda a equipe no processo de trabalho.

A realização do acompanhamento dos ACS e dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem é apontado, com ênfase na medicação, através da visita domiciliar, mas quando se questiona a maneira como acompanham, alegam que perguntam ao PTM e/ou familiar, mas somente dois técnicos relatam que solicitam “ver” a

medicação, questionam acerca do horário de uso da mesma. Porém, percebe-se que esse acompanhamento ainda é insuficiente e centrado no trabalho do ACS, mas não de uma forma integral e sim através de ações pontuais e rotineiras, como descritas pelos ACS.

A gente está falando mas, está girando em torno da mesma situação, porque o único acompanhamento que a gente tem é igual eu estou te falando, que eles vem, eles troca a receita, a gente troca, a médica troca as receita pra eles (ACS 11).

Ele é feito pelas agentes de saúde, mais basicamente, somos nós que fazemos esses acompanhamentos, a gente faz as visitas, se a gente detectar alguma coisa de anormal, alguma coisa que não está bem, é que a gente traz pra equipe, num todo. Aí a gente senta e discute aquele caso. Aí o médico, juntamente com as enfermeiras e os agentes de saúde, tomam, vamos dizer assim, a decisão, o que vai ser feito (ACS 31).

Assim, é o máximo que a gente faz, eu posso até está errada, mas eu acredito assim, no caso é marcar uma consulta, é, tanto aqui ou até às vezes mesmo na Saúde Mental, quando há necessidade (ACS 12).

A gente faz acompanhamento sim, faz a visita, a gente orienta quanto ao uso da medicação correta, é isso ai que agente faz (ACS 05).

No que se refere ao registro das ações e encaminhamentos, informaram que realizam anotação de todo o atendimento no boletim diário, e as passam para a equipe, depois médicos e enfermeiros anotam no prontuário do usuário. A realização do registro é um dispositivo fundamental, faz parte do processo de organização do serviço de saúde, possibilita compreender toda a trajetória do usuário no serviço, também as peculiaridades referentes à sua vida, bem como refletir acerca da sua prática e intervenção profissional.

São, no prontuário do paciente (ACS 04).

Registra na folha de acompanhamento mesmo da gente como agente de saúde (ACS 26).

Tudo registrado, o que eu faço, a gente tem a folha de visitas, onde é anotado tudo o que foi feito, a injeção, o nome da medicação, tudo anotado, com data, tudo direitinho (TE 02).

Os ACS e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem informaram que não existe nenhuma ação desenvolvida pela ESF com a comunidade em relação à saúde mental. Porém, a Política Nacional de Atenção Básica (2006a) aponta como atribuição comum a todos os membros da equipe a promoção de “mobilização e a participação da comunidade buscando efetivar o controle social” (p.43). É atribuição

específica do auxiliar e técnico de enfermagem a realização de “ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe” (p.46). Contudo, percebe-se que a realização de ações de educação, de informação são atribuições de toda a equipe da ESF, no entanto, ainda não é uma prática desenvolvida, principalmente em relação à saúde mental.

No PSF em geral, nós ainda não fazemos esse tipo de trabalho ainda não, fazer assim um trabalho, chamar eles, fazer uma palestra pra eles pessoalmente, só para os portadores de transtorno mental não (ACS 06).

Não, está precisando, igual também até reunião de hipertensos e diabéticos que a gente sempre fazia, por falta de agente da saúde ficou parado, estamos precisando fazer alguma coisa para poder ta ajudando (ACS 03).

Não, agente nunca teve palestras, a gente com o familiar, com a comunidade, isso nunca teve (ACS 07).

Em relação aos principais atendimentos realizados, toda a equipe enfatiza a saúde da mulher, do idoso, da criança, os programas de uma forma geral. Técnicos/Auxiliares de Enfermagem e ACS também apontam os mesmos programas priorizados pelos médicos, enfermeiros, porém a assistência ao PTM não é mencionada pelos membros da equipe, não faz parte das ações já instituídas pela ESF.

O acompanhamento de todos os hipertensos, dos diabéticos, gestantes e crianças de 0 a 2 anos que são pesadas todo mês, mensalmente em casa, elas tem que manter este controle de peso até o segundo ano da criança, os hipertensos, diabéticos (TE 03).

Acompanhando gestantes, as crianças menores de um ano, hipertensos e diabéticos (ACS 09).

Conforme estabelecido nas Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (2006c), a atenção básica é a principal porta de entrada, portanto é fundamental para a estruturação das demais áreas da saúde, dessa forma o Ministério da Saúde define áreas estratégicas para orientar a organização dos serviços na atenção básica, como por exemplo: Saúde da Criança, do adolescente, da mulher, do idoso, saúde bucal, saúde do trabalhador, saúde mental e outras. Entretanto, a partir da análise das entrevistas, percebe-se que a realização de ações no âmbito da saúde mental ainda não é uma realidade, que os profissionais precisam romper com o medo e preconceito em relação ao PTM para

fomentar uma atenção integral e o reconhecimento desse como público de abrangência da ESF.

Tal necessidade de romper com esse estereótipo, paradigma em relação ao PTM se afirma quando os ACS e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem apontam a inexistência da organização do trabalho, alegando que os atendimentos realizados estão focados no momento de crise, ou conforme demanda da família.

Assim, organizado mesmo, uma orientação mesma não tem não, a gente acompanha, faz as visitas normalmente durante as semanas, mas assim, este tipo de coisa não tem não, embora a gente do PSF precisa ser organizado (ACS 02).

Acho que falta organização em trabalhar com estas pessoas (ACS 16).

Não tem uma organização assim específica para este caso, não tem, normalmente, a gente faz uma visita, quando tem algum paciente que está surtando ou alguma coisa assim, a gente faz o procedimento igual eu já tinha mencionado, mas não tem aquela coisa traçada para estes pacientes não. Na maioria das vezes é quando eles necessitam de medicamentos, ou então quando eles estão surtados mesmo, que a gente acaba indo, quando é só uma consulta, fora disto, desta especialidade, normalmente, a família que procura a gente, fala, quando a gente faz as visitas, e pergunta, fala que está bem, tranquilo, que está tomando o medicamento, é só isto, não tem aquela coisa muito detalhada (ACS 24).

Vale ressaltar que os ACS realizam cadastros das famílias da área de abrangência, os quais possibilitam que a equipe identifique a situação de saúde da família, permitindo assim fazer um diagnóstico que poderá subsidiar na organização do trabalho, mas o que podemos perceber em relação ao PTM, é que não se busca efetivar nenhuma ação sistemática. A partir das entrevistas, o que se percebe é que as intervenções são ínfimas, não se realiza o atendimento integral dos PTM, o qual não é somente uma diretriz do SUS referida na Constituição Federal de 1988, mas deve ser construído diariamente no cotidiano dos serviços, portanto é preciso estar atento aos sujeitos, sofrimentos, angústias. Contudo, torna-se relevante apontar que o papel desempenhado pelo ACS é de fundamental importância no processo de produção de informações, no entanto, estes dados só se tornam úteis se forem processados e analisados, a partir de uma interpretação da informação de forma crítica, sistemática e também realizada pela equipe. Conforme destaca Silva et al. (2006), o ACS deve ser um facilitador na criação de vínculos.

Entendemos o vínculo como um elemento constitutivo da integralidade, fruto de uma construção social e parte de um esforço multiprofissional e interdisciplinar, que envolve equipe, instituições e comunidade. Essa construção requer um processo de conhecimento gradual e de interação

permanente entre os sujeitos – retomando a idéia do agente comunitário enquanto laço da equipe e comunidade (p.79).

Conforme observação dos autores, os ACS realizam o vínculo da comunidade com a equipe da ESF, possibilitam “a permeabilidade do espaço institucional à experiência do cuidado como prática do cotidiano” (p.80), levam para a equipe a realidade da saúde da comunidade, buscando trazer informações que extrapolem a questão da doença. Dessa forma, é notória a relevância dos ACS na equipe, principalmente no que tange à efetivação da assistência ao PTM, conforme já apontados por eles, técnicos/ auxiliares de enfermagem e também na perspectiva dos médicos, enfermeiros e membros da equipe gestora, os ACS têm um papel estratégico frente ao PTM e seus familiares. Todos os membros da equipe da ESF apontaram, com clareza, que são os ACS que mais interagem com os PTM, tendo assim um maior conhecimento acerca da realidade dos mesmos.

### **Eixo 3 – Limites e Possibilidades**

No último eixo de análise, buscamos identificar os limites e possibilidades deparadas no cotidiano de trabalho dos ACS e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, no que tange à efetivação do cuidado ao PTM, no entanto, deparamos com um arsenal de respostas distintas. A diversificação das respostas aponta para a percepção de uma contradição entre os membros de uma mesma equipe, mostra também que a assistência realizada é fruto do trabalho dos profissionais, variando assim de equipe para equipe. Buscando destacar as duas respostas apontadas no que se refere ao atendimento realizado pela ESF atende a necessidade do PTM, iniciaremos pela que atende, mesmo que seja parcialmente, à necessidade dos PTM, no entanto, identifica-se uma contradição na resposta dos mesmos, observa-se que prevalece a lógica do encaminhamento ao serviço de saúde mental de referência e não o atendimento realizado pela equipe, pois não conseguem apreender o PTM como um público que deve ter a sua assistência prestada pela equipe da ESF.

Sim, até então pelo menos o básico atende sim, automaticamente o que nos não podemos resolver encaminhamos para a saúde mental (ACS 10)

Atente assim, porque quando eles vêm, o que precisa o médico está indo, a gente está acompanhando, mas a gente tem que encaminhar é para a saúde mental (ACS 11).

Eu acredito que sim, talvez não atenda com tanta eficiência quanto num lugar é centro especializado igual nós temos, mas parte de nós, da equipe da Saúde da Família o encaminhamento para este setor pra que eles venham ser bem tratados (ACS 12).

Um outro grupo apontou que o atendimento realizado pela equipe não responde às necessidade, pois deparam com uma demanda muito grande, não tem como priorizar e que não estão preparados para lidar com o PTM.

Eu acho que não, porque eu acho assim que a gente tinha que está mais preparado para está atendendo melhor as pessoas. Acho que é um curso, está dando a gente um curso, porque a gente vê a situação, mas não tem preparação. A gente tem vontade de ajudar, mas agente nem sabe se o que agente ta fazendo está correto (ACS 05).

Não. Olha, eu acho que para atender a gente tinha que está ajudando aquela pessoa na necessidade que ela tem. Eu penso que nisso aí nós estamos com falhas (ACS 14).

Eu acho que não, eu acho que é a capacitação, que a gente não tem nenhuma capacitação para isto, a gente não sabe como chegar até ele, abordagem até ele (ACS 26).

Destacamos dentre os posicionamentos distintos, duas respostas que são importantes no que diz respeito ao propósito desse estudo, ou seja, a particularidade da atenção ao PTM pela equipe da ESF, ambas em função da percepção dos entrevistados, pois conseguem ir além da mera assistência, apontando o PTM como uma parte de um conjunto, que não deve ser visto isoladamente, bem como do trabalho, ou seja, da atenção ao PTM, que faz parte de uma interlocução entre as equipes. Conforme aponta Gonçalves (2000), a capacitação da equipe da ESF é necessária para a efetivação do cuidado, bem como da realização da interlocução da equipe da Saúde Mental, com a equipe da Saúde da Família, um exemplo é a equipe matricial.

No Programa Saúde da Família a gente está integrando, não só hipertensos diabéticos e gestantes, mais com pessoas com doença mental também, então por isso eu acho que os nossos, aqui, os nossos portadores de doença mental, eles são controlados, vistos pela sociedade como pessoa normal, porque eles são acompanhados, acompanhados pela família, acompanhados pelo médico, acompanhado por mim que vou lá, que não deixo passar sem a medicação (TE 06).

O PSF não, agora junto com a Saúde Mental, aí sim (ACS 20).



Quanto às dificuldades em relação à efetivação do cuidado ao PTM, percebe-se que foi apontada de forma predominante a ausência da capacitação e também a necessidade de rompimento do paradigma existente, pois o PTM ainda é visto pelos profissionais como um ser perigoso, agressivo, o que faz com que sintam medo, esse é um fator dificultador para a efetivação do cuidado.

Primeiro, é o medo, eu acho que é a maior coisa, outra dificuldade que eu acho, porque às vezes a gente acaba ficando sozinho diante da situação, o que vai lidar com o paciente, o que vai fazer, sem ter aquela certeza, a gente não tem uma certeza do que vai fazer, uma das dificuldades que eu acho que tem famílias que como tem filhos ou pais que estão nesta situação, às vezes parece que a culpa é até da gente, então a responsabilidade sempre é inteiramente da gente, é eu acho que é uma dificuldade muito grande também, para gente, às vezes eles não querem, e às vezes também que a família quer algo, uma internação, por exemplo (ACS 24).

Ah eu acho que a primeira dificuldade é o medo que a gente tem de chegar perto deles, igual a paciente lá na R., tinha muito medo dela, ela não fazia nada com a gente não, mas eu tinha muito medo (ACS 11).

Eu acho assim, uma dificuldade, é de está preparando, capacitando, principalmente os ACS, porque eu acho que eles são mais leigos assim, nesses casos, principalmente eles que vão ser o primeiro contato com o paciente (ACS 27).

Falta de profissional de estar atendendo junto com a gente, falta de capacitação, do acesso para saber lidar com aquela situação, falta de espaço para poder incluir aquelas pessoas em programas sociais, que eu acho que, acho não, tenho certeza, que eles ficam excluídos da sociedade, porque ninguém entende o que está acontecendo com ele (ACS 14).

Outro aspecto dificultador apontado pelos entrevistados é a família, alegam que ela tem um papel importante na realização do cuidado mas que, na maioria das vezes, não contribui e sim solicita internação psiquiátrica. Conforme aponta Melman (2001) a família é um elemento central no tratamento ao PTM, através do suporte familiar obtêm-se resultados mais satisfatórios. Um ambiente familiar permeado de conflitos e de negação ao PTM é desfavorável ao tratamento, desta forma é necessário resgatar o vínculo entre familiares e PTM para a efetivação do cuidado.

O principal é a família às vezes não aceitar, então assim eu acredito que é o que mais pega para gente, às vezes a gente chega aqui na unidade e fala pra enfermeira que é o nosso primeiro ponto, nosso primeiro assim, ponto do elo de ligação, é a gente fala com ela, então assim, pra saber como que a gente vai proceder com a família ou até mesmo com o usuário, então eu acredito, que esse seja o principal é, a falta de entendimento tanto do usuário, entendimento não, aceitação do usuário e da família que ele é portador de deficiência mental porque a partir do momento que ele aceita

que a família aceita, tudo fica tranqüilo; já tem um diálogo aberto com a família (ACS 12).

Muitas vezes é a família que não aceita, é uma dificuldade que a gente tem, a família muitas vezes não aceita e prefere abandonar do que está tratando (ACS 01).

No que tange às mudanças em relação à assistência ao PTM, os depoimentos indicam, prioritariamente, o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Conforme já apontado acima, a percepção dos mesmos em relação à Reforma Psiquiátrica se volta para o fechamento dos manicômios, mas sabemos que esse é fruto de amplo movimento político, que busca a reestruturação da assistência, que vai desde ao atendimento até o aparato jurídico, político.

Conforme destaca Vasconcelos (2002a), “o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais da área, buscando uma nova recomposição de conhecimentos [...]” (p. 43). Porém, entrevistados também informaram que, por não conhecerem os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, não conseguem perceber nenhuma mudança no que diz respeito à realização da assistência.

Eu acho que só da pessoa pensar assim, que vai ficar internado num hospital de doido, igual eles falam, eu acho que a pessoa já fica mais ainda agressiva. Eu acho que a pessoa, da pessoa saber que não vai mais precisa separar da família, não vai ficar internado, eu acho que é um avanço grande, porque o deficiente não precisa de hospital, ele precisa de apoio, precisa de alguém que chega perto dele e conversa com ele, que leva amizade pra ele, não esse negócio, a eu vou ficar trancado, eu acho que esse negócio de ficar trancado dentro de uma sala, a tendência é pirar mais, surtar mais lá dentro. Ai fica com aquele conceito, ninguém gosta de mim, ninguém quer ficar comigo perto de mim porque eu to assim. Então eu acho que é uma mudança muito grande, vai ser assim, um ganho muito grande pra comunidade (ACS 07).

Porque há muito tempo atrás, esses portadores mentais viviam presos, se viam fora da própria família deles, iam pra hospital psiquiátrico, ficavam abandonados, não tinha como ter contato nenhum com a própria família. E hoje não, hoje eles dentro da própria família deles, mesmo que eles não se sentem bem seguro, mas tão ali perto. O carinho, o amor, a atenção que está faltando (TE 01).

O paciente deixou de ser tratado como louco, como uma pessoa que não pode está vivendo mais em sociedade; não tem que ficar presos a manicômios e a hospitais psiquiátricos, e está inserido na sociedade, estar junto da família. Eu acho que estas mudanças foram muito produtivas com certeza (TE 04).

Na perspectiva da reorganização da saúde mental no município de Timóteo, os depoimentos indicam a não percepção das mudanças pelo fato de não terem conhecimento acerca da Saúde Mental. Dentre o arsenal de entrevistados, 04 apontaram alterações na atenção ao PTM, porém com a implantação da ESF, permitiu assim uma maior proximidade com os mesmos. No que se refere a Política de Saúde Mental municipal definida, o relato dos entrevistados demonstram o não conhecimento de tal política, contudo percebe-se que os mesmos têm um certo distanciamento das informações, das mudanças na assistência no município, conforme já enfatizado na análise dos médicos e enfermeiros, não há uma política de saúde mental definida no município.

Porque com a implantação do PSF é uma proximidade a mais para paciente de transtorno mental, ele tem um acompanhamento mensal pela equipe através do agente de saúde, então pode monitorar os encaminhamentos. Temos a unidade de referência ambulatorial para o pessoal da saúde mental (TE 04).

No que se refere ao conhecimento do Plano Municipal de Saúde, demonstram falta de informação também, como os médicos e enfermeiros apontaram, o que se observa é que não participam dos espaços de construção e discussão da saúde. Outro fato apontado por toda a equipe foi a não realização de trabalho com a comunidade.

Os entrevistados mencionaram que as dificuldades deparadas no cotidiano do trabalho em relação ao PTM pautam-se pela ausência de capacitação, o que os leva à insegurança nos atendimentos realizados, pois não sabem como abordá-los, sentem-se inseguros, têm medo, preconceito em relação a esse público. Historicamente a trajetória do PTM foi marcada por preconceitos, estereótipos, o que leva a sociedade a vê-lo como um ser perigoso e que deve ser afastado do convívio social. Mediante tal situação, torna-se necessária a realização da capacitação, não só de ACS e técnicos/auxiliares de enfermagem e sim de toda a equipe. É necessário discutir com os membros da equipe da ESF o seu papel, principalmente com o ACS, o qual é elemento fundamental na realização da atenção ao PTM, é o vínculo com a comunidade, é quem conhece as famílias e suas condições sociais, econômicas.

Eu acho a gente tem que nos capacitar mais, ter um curso de capacitação melhor, por que nós não temos um relacionamento é assim, de abordagem

tranquilo como um portador de saúde mental, porque o agente de saúde comunitário ele visita as pessoas, ele vai sozinho (ACS 24).

A questão política é a principal dificuldade, se está no partido eu vou, se não está no partido, eu não vou, eles exigem muito aqui na nossa unidade, a questão da politicagem é muito forte (ACS 29).

O espaço físico, acho que não tem; treinamento, que a gente não tem como a gente vai trabalhar com eles (ACS 23).

Eu acho que é a capacitação, que a gente não tem nenhuma capacitação para isto, a gente não sabe como chegar até ele, abordagem até ele (ACS 26).

Eu acho que as dificuldades é está enfrentando esta situação, eu acho que vai ser difícil porque eu não tenho muita coragem de chegar perto não, mas se a gente tiver assim, algum treinamento, uma capacitação, há como a gente está revertendo essa situação (ACS 11).

Dificuldades,eu acredito que a principal que eu possa citar seria a implantação dele aqui, porque a gente teria que agregar mais um serviço aqui dentro (ACS 12).

Em relação às dificuldades a nível de município, eles apontam a necessidade de buscar minimizá-las de uma forma geral, falam novamente da infra-estrutura das unidades de saúde, em função do espaço físico reduzido, mas deixam claro que podem desenvolver atividades em salões comunitários. Destacam como uma dificuldade a aceitação da comunidade, a qual ainda compreende o PTM como perigoso, agressivo e não uma pessoa, um cidadão.

Eu acho que a população não vai aceitar muito bem, o fato, eu acho que teria que ser um fato mais diferente para eles, não. Eu acho que a comunidade vai ter um pouco de resistência (ACS 23).

A falta de compreensão da sociedade, porque o deficiente mental ele é discriminado por todo mundo. Então aí, em primeiro lugar vai vim a discriminação da sociedade em si (ACS 28).

Os entrevistados comentam que a realização de ações em relação ao PTM pela equipe da ESF é possível, embora tenha um problema real de estrutura física, ainda existem possibilidades de efetivação de atividades. Não podemos deixar de destacar que a realização de atividades comunitárias é uma das atribuições da equipe da ESF. Dessa forma, a efetivação das ações de saúde mental pela equipe da saúde da família, será possível a partir da capacitação e da interlocução dos mesmos com a saúde mental. Apesar das atuais dificuldades enfrentadas, ainda conseguem visualizar possíveis ações para os PTM.

As oficinas realizadas pela equipe da Saúde da Família (ACS 29)

Eu acho que poderia ser feito grupos, fazer algumas atividades, como tem bordado, alguma coisa produtiva com eles, eles fazem algumas coisas, se sentirem úteis eu acho que isto pode ser desenvolvido, só que precisa de recursos. Eu acho que isto ai estaria ótimo. Palestras, informações, é, este tipo de grupo, mais com palestras informações, é explicar o tipo de vida, como seria a vida deles, mais conselhos, igual a gente faz com os hipertensos, com os diabéticos, seriam feitos com eles, eu acho que poderia ser feito (ACS 23).

Eu acho que é através de palestras para eles, chamando as pessoas, os profissionais da neuro, cada um falar sobre um tema, para eles, mais é para poder ter um conhecimento sobre eles mesmos (ACS 26).

Eu acho que de repente a gente poderia trabalhar com esses pacientes, vão dizer assim, artesanato, uma caminhada, alguma coisa pra eles ocuparem a mente, muitas das vezes, não ficarem só em casa, colocarem eles pra sair, pra usar a criatividade deles (ACS 31).

Mesmo percebendo inúmeras dificuldades, eles indicam também facilidades, o que leva a entender que a efetivação do cuidado na atenção básica é um caminho possível de se trilhar e trará melhorias nas condições de vida do PTM e de seus familiares.

Facilidade que eu acho, é o fato de eu morar aqui na comunidade, então eu já tenho mais contato com as pessoas, eles passam a confiar na gente, eles confia muito na gente, a aceitação deles também da gente na casa deles (ACS 05).

É a questão do apoio que a gente tem aqui na Unidade, qualquer dúvida a gente procura a equipe e as dúvidas são esclarecidas, a gente liga para Unidade de referência, a gente pergunta então eles respondem, então isso aí é uma facilidade a questão da comunicação.

Por ser divididas em áreas não fica aquela aglomeração de pessoas, muitas vezes na minha área tem três, então eu como ACS acho mais fácil que o tratamento de muitos (ACS 01).

Segundo Lancetti e Amarante (2006), a ESF é o eixo da Saúde Mental, porque, na saúde da família, os usuários conhecem o médico, o enfermeiro, os auxiliares de enfermagem e os ACS e os mesmos também conhecem os pacientes, suas famílias, histórias de vida, a “Saúde da Família tem poder de inserção maior do que o CAPS” (p.629). Desta forma, entende-se que a ESF tem um ambiente propício e as condições necessárias para a efetivação da atenção ao PTM.

A realização do cuidado ao PTM pela equipe da ESF é uma via possível, que se depara com desafios e fatores facilitadores como qualquer outro serviço a ser implantado. Porém, há uma necessidade de capacitação contínua e sistemática, porque ainda percebem o PTM a partir de uma visão preconceituosa. É necessário

vontade política e dos técnicos para se alavancar tal proposta, pois a realidade já está posta e o que o estudo mostra é um ambiente favorável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este momento, ainda que seja específico para a realização da conclusão do estudo, é uma tarefa desafiadora, pois trata de uma temática que se encontra em construção, dessa forma, pretendemos, fomentar alguns elementos para análises em relação ao cuidado ao Portador de Transtorno Mental – PTM na atenção básica. Saliemos que a realidade é dinâmica, complexa e contraditória, portanto, podemos apresentar conclusões preliminares, apontando algumas questões referentes aos limites e possibilidades de efetivação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família, pois não exista uma verdade absoluta.

A partir do exposto acima, assinala-se que tal estudo está intrinsecamente vinculado a práxis enquanto assistente social da autora desse estudo, desde 2002 em um ambulatório de Saúde Mental no município de Timóteo, posteriormente por um ano em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II e desde 2005 na coordenação de um projeto de extensão universitária em saúde mental. Assevera-se que as inquietações no que tange à relevância do cuidado são forjadas no cotidiano dos diversos espaços sócio-ocupacionais e também pela necessidade de efetivação do cuidado ao PTM na atenção básica. A atual conjuntura é marcada pelas transformações operacionalizadas na assistência à saúde mental através do redirecionamento do modelo historicamente centrado na referência hospitalar para um novo modelo de atenção integral e de base comunitária, lócus privilegiado de intervenção.

Considerando a importância da efetivação do cuidado ao Portador de Transtorno Mental na Estratégia de Saúde da Família no município de Timóteo, tomamos, como ponto de partida, no primeiro capítulo, o processo de construção da saúde e da particularidade da saúde mental, com ênfase na Reforma Sanitária e Psiquiátrica, ou seja, o desenvolvimento histórico da Política de Saúde e de Saúde Mental no Brasil e as transformações ocorridas a partir da década de 1980.

Torna-se relevante evidenciar que a saúde é fruto de lutas e movimentos sociais, nessa discussão, enfatizou-se o Movimento de Reforma Sanitária, imprescindível na consolidação da saúde, enquanto política pública universal, garantida na Constituição Federal de 1988 no tripé da Seguridade Social. A partir desse contexto, a saúde tem como marca os princípios da universalidade, integralidade, a participação popular, comando único e a descentralização.

Ainda no primeiro capítulo foi abordado o surgimento dos hospitais psiquiátricos, a forma de tratamento, destacando o movimento de Reforma Psiquiátrica, particularmente, como vem sendo organizada a saúde mental no decorrer da história, compreendendo as principais transformações ocorridas na Política de Saúde Mental, analisando o contexto histórico e político no Brasil.

A trajetória e constituição da Política de Saúde Mental no Brasil é resultado, também, das mudanças que, historicamente, ocorreram na relação entre Estado, trabalhadores da saúde mental, PTM e familiares. Destaca-se, nessa trajetória, o surgimento dos CAPS e dispositivos estratégicos como os Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Associações de Familiares e PTM, Programa de Volta para Casa.

No segundo capítulo, realizamos análises à luz da sistematização da teoria existente acerca da saúde mental na atenção básica, da integralidade, privilegiando a saúde mental na ESF e os esforços já apreendidos pelo Ministério da Saúde. A opção de tomar como ponto de partida a trajetória histórica da atenção básica e, posteriormente, as mudanças desencadeadas no sistema de saúde através da ESF foi profícua, uma vez que possibilitou a compreensão das estratégias adotadas pelo sistema de saúde vigente para superar o modelo biomédico e de saúde mental hospitalocêntrico.

Outra novidade significativa foi a relevância da articulação da saúde mental com a atenção básica, através da Estratégia da Saúde da Família, seja através do apoio matricial ou de outras possibilidades de efetivação desse diálogo. O apoio matricial é um instrumento operacional fundamental na efetivação do cuidado pela ESF, pois fomenta o diálogo entre profissionais de saúde, co-responsabilização e o aumento da resolutividade da assistência em saúde mental. Nessa conjuntura, o NASF também é um eixo norteador dessa interlocução e tem como finalidade ampliar a abrangência da atenção básica, apoiando a ESF na rede de serviços, a partir de uma prática compartilhada e tendo como referência a lógica do território, buscando proporcionar o fortalecimento da atenção básica.

A Atenção Básica, a especificidade da ESF ocupa um papel fundamental na efetivação do cuidado, pois apresenta todas as características necessárias, com ênfase da atenção na família e na integralidade, na valorização da autonomia do sujeito, considera para a realização da intervenção o trabalho, a religião, a cultura, os quais têm rebatimentos na condução terapêutica do caso, através de



intervenções que busquem novos saberes e práticas, respeitando a singularidade de cada situação.

Pinheiro e Mattos (2006) apontam que a integralidade é compreendida a partir de vários eixos, o termo é polissêmico e que, a partir deste conjunto, principalmente no que se refere ao cuidar e a interação entre os diversos atores envolvidos. Para a efetivação do cuidado, há uma necessidade de concretização do diálogo de forma respeitosa, que demonstra interesse pelo problema, aceitação, a qual tem desafiado a organização de serviços públicos de saúde, pois há uma necessidade de romper e ultrapassar o modelo médico hegemônico onde as ações de saúde têm se estruturado.

E por fim, no terceiro capítulo, foram realizadas reflexões acerca dos dados obtidos na pesquisa, com intuito de compreender como vem sendo efetivado o cuidado ao PTM na Estratégia de Saúde da Família, identificando os limites e possibilidades. Ressalta-se que os dados foram analisados tomando como referência a perspectiva dialética e o estudo de casos, o que possibilitou identificar, a partir das entrevistas, as contradições, percepções, entraves e os aspectos em comum da proposta de cuidado ao PTM na atenção básica. As categorias da dialética, como a unidade de contrários, a totalidade e a historicidade ofereceram subsídios para a análise crítica dessa realidade.

A categoria da historicidade possibilitou compreender a trajetória histórica da saúde mental, oferecendo elementos para analisar a saúde mental na atual conjuntura, identificando os resquícios presentes. Destaca-se que, nenhum objeto é descolado de sua história, o que permitiu compreender que a saúde mental ainda é permeada de paradigmas que são oriundos da trajetória histórica. Tal categoria afirma a relevância da trajetória histórica nesse estudo.

No que se refere à unidade dos contrários, permitiu analisar a realidade dinâmica, marcada por contradições, conflitos, complexidade. Foi possível perceber a contradição a partir da realização da pesquisa e das análises realizadas, particularmente no discurso dos profissionais entrevistados, pois afirmaram ter uma compreensão acerca do cuidado ao PTM, da Reforma Psiquiátrica, no entanto, quando foram questionados acerca das atividades desenvolvidas, relataram uma perspectiva oposta à apresentada; assinalam uma compreensão acerca da integralidade na assistência, mas privilegiam o encaminhamento do PTM ao serviço de saúde mental de referência.

A categoria da totalidade possibilitou a compreensão das particularidades, das diversas singularidades apresentadas no que se refere ao trato ao PTM. Porém essa categoria assumiu um papel importante na análise dos dados, à luz de um referencial teórico crítico, pois nos levou a entender que as partes fazem parte de um todo e que é preciso reconhecer as especificidades para a efetivação do cuidado.

O cenário da pesquisa foi a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social de Timóteo, particularmente as 08 equipes da ESF, sendo os sujeitos, os médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde e equipe gestora. Enfatiza-se que o momento político em que se efetuou a pesquisa foi bastante complexo, pois houve a troca sucessiva de prefeitos em função de ordem judicial, o que de alguma forma rebate diretamente na realização da pesquisa, particularmente na coleta de informações. Destacamos ainda que tal pesquisa foi qualitativa e que esta é permeada por questões subjetivas, o que enriquece e fortalece o objeto de estudo.

A partir do exposto acima, procuramos identificar como vem sendo efetivado o cuidado ao PTM, nas 08 equipes da ESF de Timóteo, a partir das perspectivas dos profissionais que a compõem, bem como problematizar qual a concepção desses em relação ao conceito de saúde, Reforma Psiquiátrica, Integralidade, como se organiza a assistência ao PTM, quem são os profissionais que têm um vínculo com o PTM e quais as possibilidades e limites que circundam a efetivação do cuidado. Salientamos que tal perspectiva de cuidado se fundamenta a partir da Constituição Federal de 1988 e dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, buscando ultrapassar as ações emergenciais, focalizadas em situação de crise, e atuar no âmbito da atenção, da promoção, da responsabilização e da prevenção.

Ressaltamos que a Reforma Psiquiátrica é fruto de inúmeros debates e transformações em relação à assistência ao PTM, desta forma, acreditamos na possibilidade de mudança no paradigma da atenção, entretanto, afirma-se que há uma necessidade de romper com estereótipos, medos que permeiam os profissionais de saúde, sociedade. Salienta-se que a atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo um dispositivo essencial para a construção do cuidado ao PTM, tal estratégia se fortalece uma vez que é compreendida como o primeiro contato do usuário e da comunidade com o serviço de saúde.

É através da ESF que se busca o fortalecimento da atenção básica, pautados na interação com a comunidade, vínculo, responsabilização e a integralidade na assistência. A partir da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, a atenção primária foi apontada como a principal estratégia para atingir a “Saúde para Todos no ano 2000”. Porém, a atual conjuntura ainda não se efetiva o que foi proposto nessa conferência, o que se percebe é uma luta constante para a ampliação da oferta dos serviços de saúde e a busca pelo fortalecimento da atenção básica e é a partir dessa singularidade, que a saúde mental passa a reconhecer esse nível de atenção como um dispositivo de cuidado ao PTM.

Os cuidados em saúde mental na atenção básica ainda não são uma realidade em todos os serviços de saúde, pois o que se percebe são inúmeros óbices, medos, preconceitos que circundam o cotidiano dos profissionais. Nesse sentido, não podemos negar que os profissionais da ESF podem até reconhecer os transtornos mentais, mas não sabem como realizar a assistência aos mesmos, negando o PTM a assistência devida; este foi um elemento observado durante a análise das entrevistas, pois os profissionais não se sentem “preparados para a realização do atendimento”. Os depoimentos deixam claro o privilegiamento do PTM ao serviço de referência em saúde mental, uma vez que não realizam nenhuma atividade com esse público e nem buscam a inserção do mesmo nas ações já desenvolvidas.

A saúde mental, desde a sua emergência até a atual conjuntura, é permeada por intervenções que desconsideram o Portador de Transtorno Mental como um sujeito de direitos, marcado por isolamento, segregação, maus tratos, internações e desrespeito. Não se pode deixar de evidenciar que a internação psiquiátrica ainda é um mecanismo presente na realidade do município de Timóteo, pois é considerado como um dispositivo de tratamento ao PTM, uma vez que o município não conta com o CAPS, leito em hospital geral, observa-se também que há uma fragilidade na rede de atenção à saúde mental do município.

Faz-se necessário ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica prevê o atendimento em saúde mental, tomando como referência a perspectiva da integralidade, da atenção compartilhada, entretanto, a partir dos depoimentos dos profissionais entrevistados, foi possível perceber que a integralidade na assistência ainda não é efetivada na atenção ao Portador de Transtorno Mental, pois não

conseguem compreendê-lo como público da ESF, esse não participa dos programas e ações desenvolvidas pela equipe.

Conforme aponta Alves e Guljor (2006), “cuidar é mais do que um ato, uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (p.227). Sobretudo, a integralidade na atenção em saúde mental perpassa por diversos aspectos como, por exemplo, o conjunto de fatores que envolvem a sua vida, a família, a compreensão dos aspectos culturais, sociais, respeitando as suas especificidades. Nessa perspectiva, Pinheiro e Guizardi (2006) enfatizam que “a integralidade permanece como um objetivo de difícil apreensão e de difícil operacionalização” (p.23). Tal situação deve ser considerada, uma vez que os serviços de saúde se esbarram na dificuldade em entender a integralidade, no entanto, salienta-se que essa permeia a implantação de práticas de intervenção, pautadas na valorização do sujeito, no respeito, no vínculo e na construção de ações que buscam superar o modelo tradicional de produção da saúde.

A partir da análise das entrevistas, desvelou-se que os profissionais da atenção básica não conhecem o movimento da Reforma Psiquiátrica, bem como a integralidade na assistência, que a intervenção ao PTM é permeada por medos, inseguranças, preconceitos, pois se dizem despreparados para intervir com este público e apontam a necessidade de uma capacitação contínua e sistemática, bem como, uma interação com o serviço de referência em saúde mental.

Desta forma, pode-se afirmar que, no município de Timóteo, há lacunas na realização do cuidado ao PTM, um dos fatores que justificam tal situação encontra-se no campo do desconhecimento da Reforma Psiquiátrica, das mudanças propostas pelas mesmas. É notório tal justificativa nas entrevistas, alegam que a graduação não oferece subsídios para a compreensão da saúde mental, que não têm conhecimento dessa proposta.

No âmbito da formação em saúde mental, especialmente médicos e enfermeiros, as universidades têm mostrado pouca ênfase nessa temática. A carga horária curricular destinada a disciplinas de saúde mental dos cursos de graduação e pós-graduação é não raro insatisfatória, de cunho predominantemente teórico, sem a oferta de estágios práticos com supervisão adequada, sob o predomínio do modelo biomédico e centrada no atendimento hospitalar, em detrimento de aspectos psicossociais e comunitários. (PEREIRA, 2007, p.14).

Apesar das deficiências apontadas no processo de formação profissional, os serviços de atenção básica apresentam todas as características necessárias para a efetivação do cuidado em saúde mental, sendo, pela referência do PTM, facilidade no acesso, conhecimento dos profissionais, a territorialidade e outros. Diante dessa realidade, a efetivação do cuidado ao PTM se faz necessária pela atenção básica, uma vez que essa apresenta toda a estrutura de organização de serviços que coadunam com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Os profissionais da atenção básica apresentam inúmeras inquietações no que tange ao trato com o PTM, eles se sentem “despreparados” para a intervenção nessa realidade que identificam como desconhecida, todavia, apontam que é possível a mudança na forma de organização do serviço e percebem que essa é uma transformação necessária, uma vez que apresentam condições concretas para materializar o cuidado, a partir da própria especificidade da ESF.

Percebemos também que alguns profissionais apresentam resistências no que tange à efetivação do cuidado, acreditam que os PTM devem ser assistidos por profissionais especializados e que devem ter serviços de referência para efetuar a assistência; alegam que a atenção básica encontra-se repleta de atividades, projetos a serem desenvolvidos e uma demanda muito grande para ser atendida. No entanto, estas justificativas devem ser desconstruídas, caso contrário, o PTM não terá espaço na atenção básica.

Soma-se ao exposto acima que tal desconhecimento dos profissionais da atenção básica em relação ao conhecimento dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, bem como das mudanças na assistência ao PTM, da integralidade, leva à confirmação da hipótese desse estudo, ou seja, que a ausência do cuidado ao PTM na atenção básica se vincula ao desconhecimento da proposta de mudança à atenção a partir da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, a partir da confirmação da hipótese, os diversos questionamentos realizados no decorrer desse estudo e que direcionaram a pesquisadora para o recorte do objeto, perpassam pela particularidade da organização da assistência ao PTM no Brasil e, particularmente, no município de Timóteo. A concepção de saúde que norteia o desenvolvimento do trabalho da equipe da ESF se pauta pela discussão da Organização Mundial de Saúde, na perspectiva que a saúde está vinculada à ausência de doenças e dos aspectos psicossociais, o que demonstra a necessidade de ampliação da compreensão de saúde. É fundamental que os profissionais

ultrapassem essa concepção de saúde, pois a partir da compreensão de um conceito ampliado, desenvolverão a sua perspectiva de intervenção, podendo redundar em novas intervenções.

No que se refere à organização do trabalho da ESF, ainda não existe o desenvolvimento de nenhuma atividade direcionada aos Portadores de Transtorno Mental, alegam também desconhecerem a proposta de articulação da ESF com a Saúde Mental, relatam que já ouviram falar, mas que não conhecem a proposta efetivamente. Tais desconhecimentos desse aparato jurídico e da interlocução da saúde mental na atenção básica, conduz ao predomínio de encaminhamento ao serviço de referência em saúde. Ainda nesse debate, percebeu-se também um fator relevante que é o desconhecimento acerca das possibilidades e potencialidades do PTM, uma vez que é visto como perigoso, agressivo, permeado de preconceito, o que justifica uma não interação com o mesmo, ausência de vínculos e o distanciamento da equipe.

Enfatiza-se que, apesar dos notáveis avanços na reestruturação do sistema de saúde no Brasil no que tange à saúde mental, ainda não existe uma proposta sistematizada de cuidados em saúde mental na atenção básica, mesmo com todas as portarias, legislações e documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, bem como o compromisso com a reformulação da assistência à saúde mental. É inegável que algumas iniciativas para a incorporação da saúde mental na atenção básica foram efetuadas com êxito, mas ainda é fundamental a ampliação dessa realidade. A saúde mental precisa de ocupar o seu local na atenção básica, através da ESF, do reconhecimento do PTM como público desse nível de atenção e não somente de técnicos especializados em saúde mental. O PTM deve ser reconhecido como um usuário do SUS e demanda cuidados para além do transtorno mental.

A presente investigação nos permitiu confirmar que a saúde mental, ao longo da história no Brasil é permeada por preconceitos, estereótipos, segregação e isolamento e que os mesmos fazem parte do cotidiano dos PTM. Sabe-se que o MS tem empreendido esforços no que tange à integração das atividades da ESF com os demais níveis de assistência, mas ainda não são suficientes para o rompimento do paradigma existente, ou seja, que a saúde mental deve ser tratada por técnicos especializados.

Um outro aspecto confirmado é que, atualmente, nenhuma equipe da ESF desenvolve qualquer atividade voltada para o PTM na sua comunidade, na sua área

de abrangência em Timóteo, o que demonstra que a assistência prestada encontra-se no âmbito do encaminhamento para o serviço de referência ou somente no momento de crise, surto. Percebemos que os profissionais sentem medo dos PTM, que apresentam também uma resistência no cuidar, no entanto, existe uma possibilidade de romper com esses estereótipos, seja através do conhecimento da realidade, do PTM e de seu meio. Não existe um caminho único para a efetivação da atenção ao PTM, é um caminho a ser trilhado, construído, uma vez que a realidade é dinâmica e contraditória, que as atividades devem ser implantadas a partir da singularidade de cada território, dos dispositivos que a equipe pode contar, mas acima de tudo, há uma necessidade de reconhecimento do PTM como usuário do SUS, da atenção básica e de qualquer nível de complexidade de atendimento.

É preciso desmistificar que a saúde mental é uma demanda somente para técnicos especializados, é preciso reconhecer a saúde mental como um problema de saúde pública e que, na atual conjuntura, depara-se com inúmeros desafios que necessitam ser superados. Com base nas questões evidenciadas na pesquisa de campo, é preciso realçar que a efetivação do cuidado ao PTM na atenção básica só será possível a partir da capacitação sistemática, da interação da equipe de saúde mental com a equipe da saúde da família e do reconhecimento do novo paradigma de cuidado, pautado na integralidade, na responsabilização compartilhada, vínculo, respeito às singularidades. Dessa forma, dispositivos como a visita domiciliar, o apoio matricial, terapia comunitária e grupos de ajuda e suporte mútuo são apenas algumas das possibilidades existentes para a realização do cuidado ao PTM.

Nesse sentido, esse estudo é relevante teoricamente uma vez que se realizam reflexões acerca de uma temática que se encontra em construção e que aponta não caminhos e sim possibilidades de efetivação e que cada profissional deve atuar a partir do seu real contexto, bem como identificar os limites e o reconhecer como componente dessa construção, pois não existe qualquer atividade sem dificuldades, mas todas são possíveis de superação, desde que haja um envolvimento de poder público, da gestão, profissionais, dos PTM, familiares e comunidade de uma forma geral.

Com base nas questões evidenciadas, torna-se fundamental destacar que a saúde mental na atenção básica é uma proposta desde 2003 quando o MS, lançou o documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (Brasil/2003), propondo que a atenção na rede básica deve ser realizada através do

apoio matricial, da responsabilização compartilhada dos casos, evitando a lógica do simples encaminhamento e aumentando a capacidade resolutiva da atenção básica. Entretanto, essa proposta ainda se encontra em construção, que é um caminho para superar as dificuldades, os medos, pois o matriciamento proporciona a interação entre os profissionais, a troca, o conhecimento de uma realidade, o que possibilita a consolidação da atenção à saúde mental na atenção básica.

Para a efetivação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da saúde mental na atenção básica é preciso estar atento a algumas recomendações básicas, conforme salienta Vasconcelos (1992):

A transição de um serviço psiquiátrico baseado no hospital para a comunidade não pode ser realizada simplesmente pelo fechamento dos hospitais. Estruturas alternativas devem ser oferecidas e o processo requer tempo para planificação e implementação.

O funcionamento eficiente de serviços psiquiátricos comunitários requer o compromisso dos indivíduos que dirigem o serviço local, e a provisão de estruturas de serviço requer compromisso político e administrativo.

Monitoramento, planejamento e avaliação devem ser concomitantes, e a avaliação de serviços comunitários de saúde mental devem ter uma base epidemiológica.

A psiquiatria comunitária depende em larga escala da capacidade contínua dos médicos na rede básica de saúde de oferecerem cuidados primários para a clientela em saúde mental, inclusive aquela com problemas crônicos. O papel destes médicos deve ser reforçado e estimulado em todas as circunstâncias (p.53).

Desta forma, deve-se apontar que a saúde mental na atenção básica é uma realidade possível de concretização, é preciso que profissionais da atenção básica e da saúde mental se empenhem, interajam, mas somente esse elemento não é o suficiente, é preciso que o poder público lance mão de dispositivos estratégicos como: melhoria da infra-estrutura física e de recursos humanos, propiciem espaços de diálogo entre a rede, pois o caráter subjetivo permeia toda a práxis na saúde mental. A falta de diálogo é o principal problema, sem o diálogo não é possível a concretização da saúde mental.

No que se refere à realidade de Timóteo, surgem diversos desafios, uma vez que o município ainda não tem um CAPS, torna-se extremamente relevante o credenciamento ao serviço, o qual possibilita a realização do acolhimento ao PTM em crise, uma vez que o ambulatório de saúde mental não possui infra-estrutura para a efetivação desse atendimento. Outro aspecto a ser considerado é a definição



da política de saúde mental municipal, buscando demarcar as diretrizes de assistência, o que proporciona um fortalecimento da intervenção em saúde mental. A capacitação é uma frente a ser desenvolvida, uma vez que foi um dos limites apontados por todos os profissionais da ESF e fornecerá subsídios para a compreensão da assistência em saúde mental e, especificamente, a atenção básica. Destaca também que os profissionais da ESF apontaram acerca da relevância da realização de tal interação e também por acreditarem que a saúde da família apresenta características como a lógica do território, o conhecimento da realidade local e da comunidade, bem como os serviços/entidades existentes, a realização do vínculo, a integralidade na assistência, que são condições favoráveis para a efetivação do cuidado. Entretanto, deve-se observar que a realidade não é única e que, no município, as demandas são diferenciadas, o que denota a necessidade de compreender a singularidade de cada território, uma vez que a realidade é dinâmica e exige inúmeras análises acerca do trabalho a ser realizado.

Nessa proposta de atenção ao PTM na atenção básica, verifica-se que todos os profissionais são importantes, desde o ACS até o médico, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, pois compõem uma equipe. O trabalho em equipe, nesse momento, proporciona a sustentabilidade e a continuidade das atividades. Gostaríamos de destacar a relevância do Agente Comunitário de Saúde no que se refere a interação ESF e saúde mental, ele é uma peça fundamental, pois é quem conhece a realidade das famílias, que realiza visitas domiciliares diariamente e que a oferece condições para a identificação do PTM, sua família e também utiliza-se de estratégias simples de intervenção, proporcionando o rompimento de preconceitos e estabelecendo vínculos. Conforme aponta Lancetti (2006), os agentes comunitários de saúde são “trabalhadores afetivos fundamentais”, salienta que esses são peças chaves, pois “são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes da organização sanitária” (p.93). Ainda nas palavras do autor, os ACS revelam “uma capacidade de incidir nos processos de produção de subjetividade” (p.95), o que promove o estabelecimento de vínculos e de respostas terapêuticas eficazes.

Ao problematizar a questão da assistência ao PTM, sobretudo a partir da fala dos entrevistados, foi possível verificar que o ACS é o principal vínculo com o PTM, é o elo entre a equipe e o PTM, é o que conhece a sua realidade, os limites, as fragilidades, tal situação denota a necessidade de capacitação do ACS e também de uma interação do mesmo com a equipe de saúde mental, seja no apoio matricial ou

outro similar, mas que proporcione ao ACS um conhecimento acerca da realidade vivenciada e que lhe ofereça subsídios para fortalecer a sua prática.

A proposta de construção da saúde na atenção básica não se encerra aqui, no entanto, é relevante enfatizar que se faz necessário também realização de fóruns, seminários, fomentar espaços de gestão democrática em saúde mental e que esses contem com a participação de PTM, familiares, gestores e comunidade. Destaca-se também, nesse processo, a criação de centros de convivência para os PTM, o que fortalece esse espaço. Ressalta-se que essa não é uma verdade única e que, na saúde mental, a construção é presente, a partir da discussão, do trabalho em equipe, da lógica interdisciplinar, pois o cuidado em saúde mental se trilha a partir do momento em que se acredita nessa possibilidade, na definição política, na criatividade como salientado anteriormente.

Toda mudança, construção, traz certas implicações, medos, inseguranças. No que se refere à saúde mental, não poderia ser diferente, principalmente considerando a sua trajetória histórica, marcada por preconceitos, maus-tratos, segregação, entretanto, a efetivação do cuidado ao PTM na atenção básica também depara com inúmeros desafios como já apontados, no entanto, enfatizaremos alguns, que foram citados nas entrevistas e que têm rebatimentos na consolidação da proposta, como: o desconhecimento do trabalho a ser desenvolvido, a falta de articulação entre os serviços de saúde mental e a ESF, a complexidade do trabalho a ser desenvolvido, envolvendo familiares, PTM, equipe da ESF e Saúde Mental e também comunidade, o aumento da demanda em saúde mental, investimento insuficiente e inadequado do SUS para os serviços substitutivos. Esses são alguns limites apresentados e que são agravados pelos preconceitos, estigmas e prévio processo de exclusão dos PTM, no entanto, podem ser rompidos, superados no processo de construção da atenção em saúde mental na atenção básica.

Construir uma nova forma de cuidado pressupõe ultrapassar o isolamento, maus tratos, mas, sobretudo, envolve a discussão sobre a democracia, a liberdade, o direito de se expressar e o respeito em relação à diferença. Salienta-se uma forma de cuidado que se revele numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com respeito, numa relação de convivência e interação.

Os serviços da atenção básica devem assumir um relevante papel na concretização da transformação do cuidado prestado aos PTM, por serem a principal

porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS. Nesse sentido, buscar compreender a dimensão social do cuidado, a inserção das redes sociais na atenção básica em saúde e vice-versa, poderá contribuir com o debate do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica. Para Lancetti (2006), “a regra fundamental do funcionamento das equipes é fazer circular o saber-tanto o técnico e o científico, como o cultural e o popular” (p.93), o que emana a interação da equipe e do saber.

Nesse sentido, esse estudo acerca do cuidado em saúde mental nos faz compreender que a saúde mental é parte integrante do atual processo de reestruturação da atenção básica no município de Timóteo e demais municípios que ainda não materializam essa proposta, é fundamental a capacitação, a intensificação do trabalho com as equipes da ESF, a ênfase na clínica ampliada, tomando como referência a integralidade na assistência, sendo esta proposta norteadora da abordagem ao PTM e um olhar constante ao diálogo entre os profissionais da atenção básica e saúde mental. É fundamental a responsabilidade compartilhada, o redimensionamento dos recursos humanos, a divisão do trabalho, a definição de uma política de saúde mental, o credenciamento de um CAPS para o município, interação com a comunidade, a participação de familiares e PTM no processo de discussão da mudança da assistência, melhoria na infra-estrutura.

Portanto, entendemos que a saúde mental na atenção básica só é possível a partir de uma rede cuidados, formada por CAPS, centros de convivência, residências terapêuticas, a interação com as entidades sócio-assistenciais, grupos de ajuda e suporte mútuo, NASF, terapia comunitária e do apoio matricial. Faz-se necessário salientar que existe uma possibilidade de cuidado, é um caminho a ser trilhado e que apresenta condições favoráveis, no entanto, é imprescindível a definição de uma política de saúde mental.

Desta forma, esse estudo representa uma resposta às inquietações enquanto assistente social que atua na saúde mental e que acredita na possibilidade de um cuidado para o PTM. Apresentou-se nesse trabalho um esforço da sistematização das possibilidades de efetivação do cuidado em saúde mental e os resultados de análises à luz de um referencial teórico crítico, mas tal estudo não se esgota aqui, há um longo caminho a ser percorrido. Acolher e cuidar é fundamental, desta forma, é no município que a invenção da sociedade sem manicômios deve acontecer.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Domingos Sávio. **Integralidade nas Políticas de Saúde Mental**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

ALVES, Domingos Sávio e GULJOR, Ana Paula. **O Cuidado em Saúde Mental**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida** - A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo (Coord). **Saúde Mental, Políticas e Instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro, BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha e BEZERRA, Roberto Cláudio. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: Campos, Gastão Wagner de Souza. [et al.]. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARAÚJO, Carla Luzia França. **A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e Políticas Sociais**: determinantes da descentralização. RJ/S.P. Renavan/Fapesp, 2000.

ARRETCHE, Marta. **A Política de Saúde no Brasil**. In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

BAHIA, Lúcia. **O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde**: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BONET, Octavio. **Aconselhamento Médico e Diversidade Cultural**: a busca de um enfoque integral na prática da medicina da família. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

BOSCHETTI, Ivanete e SALVADOR, Evilásio. **O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período de 199 a 2004: Quem Paga a Conta?** In: Serviço Social e Saúde. MOTA, Ana Elizabete...[et al.], (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde VIII**, 1986. Brasília. Anais. Brasília; Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei Federal nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**. Aprovada por Aclamação pela Conferência, em sua última sessão de trabalho no dia 14 de Novembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: 2000.

BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**: Brasília, 2003. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise dos indicadores selecionados: 1998 – 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle dos Sistemas. Brasília, Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 4, ano II, nº 4. Informativo eletrônico. Brasília: agosto de 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan – Americana Saúde. **Painel de indicadores do SUS Nº 03**. Panorâmico. Brasília: Ministério da saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS/Datasus. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <[www.datasus.com.br](http://www.datasus.com.br)> Acesso em 10 de fev. de 2008b.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. Cortez. São Paulo, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. [et al.], (orgs). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BROHM, Jean – Marie. **O que é dialética?**<sup>1ª</sup> Edição, Edições Antídoto, abril, 1979.

CABRAL, Bárbara et al. **Estação Comunidade**. In: LANCETTI, Antonio. Saúde Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família – Número 07, Editora Hucitec, 2000.

CAMPOS, Florianita C. Braga e NASCIMENTO, Stellamaris P. S. **O apoio matricial: reciclando a atenção básica**. In: LOYOLA, C.M.D. (org). Saúde Mental na Atenção Básica. Cadernos IPUB, Nº 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

CASÉ, Vânia. **Saúde Mental e sua Interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe**. In: LANCETTI, Antonio. Saúde Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família – Número 07, Editora Hucitec, 2000.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira e MERHY, Emerson Elias. **A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS,

Ruben Araujo de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA. **Residência Integrada em Saúde:** uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

COHN, Amélia. **O SUS e o Direito à Saúde:** universalização e focalização das políticas de saúde. In: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CRUZ, Josué Adilson. **A inserção da discussão de Saúde Mental em uma equipe de PSF.** In: Dynamis, Revista Tecno-científica. **Saúde Mental**, Vol.12, nº 47, Blumenau, Junho de 2004.

CRUZ, Marcelo Santos e FERREIRA, Salette Maria Barros. **O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de saúde da Família na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.** In: LOYOLA, C.M.D. (org). **Saúde Mental na Atenção Básica.** Cadernos IPUB, Nº 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

DINIZ, Eli. **Em busca de um novo paradigma:** a reforma do Estado no Brasil nos anos 90. In: Revista São Paulo em perspectiva, volume 10, nº 04, 1996.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. **As Origens da Reforma Sanitária e do SUS.** In: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. **As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS.** In: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

FERNANDES, Ana Elizabete Simões da Mota. **Cultura da Crise e Seguridade Social:** um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 3ª edição. São Paulo, Cortez, 2005.

FONSECA, Maria Liana Gesteira. **Sofrimento Difuso, Transtornos Mentais Comuns e Problema de Nervos:** Uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. 2006. 153f. Dissertação de Mestrado (Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Rio de Janeiro/RJ.

FORTES, P. A. de C. **Ética e Saúde:** questões éticas, deontológicas e legais, tomando de decisão, autonomia e direitos dos pacientes-estudo de casos, São Paulo: EPU, 1998.

GERSCHMAN, Silvia e VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Neoliberal**. In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GONÇALVES, Paulo Logullo. **A Unidade de Referência e a Equipe Volante**. In: LANCETTI, Antonio. Saúde Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família – Número 07, Editora Hucitec, 2000.

GUIA CURRICULAR. **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Módulo I. O Contexto e a Instrumentalização da Ação do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte, 2006.

HEIMANN, Luiza Sterman e MENDONÇA, Maria Helena. **A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidades**. In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HEMÉTRIO, Andréa Medeiros da Silveira et al. **Estudo exploratório acerca do Programa de Saúde da Família nos municípios de Timóteo e Espera Feliz**. TCC, Caratinga/MG, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Timóteo. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em 12 de mar. de 2008.

JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva, ALVES, Carla Almeida e ALVES, Márcia Guimarães M. **Entre Tramas e Redes: cuidado e integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação, espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva e MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

JÚNIOR, Aluisio Gomes da Silva, MERHY, Emerson Elias e CARVALHO, Luís Claudio de. **Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

LACERDA, Alda e VALLA, Victor Vincent. **As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento**. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

LACERDA, Alda e VALLA, Victor. **Homeopatia e Apoio Social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. In: PINHEIRO, Roseni e



MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

LANCETTI, Antonio. **Saúde Mental nas Entranhas da Metrópole.** In: LANCETTI, Antonio. Saúde Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família – Número 07, Editora Hucitec, 2000.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética.** São Paulo: HUCITEC, 3ª edição, 2006.

LANCETTI, Antonio e AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Saúde Coletiva.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa ... [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

LIMA, Nísia Trindade, FONSECA, C.M.O. e HOCHMAN, G. **A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica.** In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LAVOR, Adriano De. **Terapia Comunitária: um oásis para resgate da auto-estima.** In: Radis: Comunicação em Saúde, nº 67, Março de 2008, FIOCRUZ.

LOYOLA, Cristina Maria Douat, ROCHA, Tião e FILHO, João Ferreira da Silva. **Agentes Comunitários de Saúde como Estratégia de Atendimento em Saúde Mental.** O Projeto Viva a Vida. In: LOYOLA, C.M.D. (org). Saúde Mental na Atenção Básica. Cadernos IPUB, Nº 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

LYRA, Maria Amélia Alves. **Desafios da Saúde Mental na Atenção Básica.** In: LOYOLA, C.M.D. (org). Saúde Mental na Atenção Básica. Cadernos IPUB, Nº 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

MACHADO, Maria Helena. **Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária.** In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza, PINHEIRO, Roseni e GUIZARDI, Francini Lube. **As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde.** In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde.** In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. Cruz e Ferreira (2007) IPUB.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia de Saúde Mental/Atenção em Saúde Mental.** 2ª ed. – Belo Horizonte, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5º ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil:** temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Lugar de Louco é no Hospício?!** Um Estudo sobre as Representações Sociais em Torno da Loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica. In: VENANCIO, Ana Tereza, LEAL, Erotildes Maria e DELGADO, Pedro Gabriel (orgs.). O campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental no Rio de Janeiro, Te Corá: Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro, 1997.

PEREIRA, Walter Augusto Bahia. **Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade.** In: LANCETTI, Antonio. Saúde Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família – Número 07, Editora Hucitec, 2000.

PEREIRA, Alexandre de Araújo e ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Rede Integral de Atenção à Saúde Mental, de Sobral, Ceará.** n: LANCETTI, Antonio. Saúde Loucura. Saúde Mental e Saúde da Família – Número 07, Editora Hucitec, 2000.

PEREIRA, Alexandre de Araújo. **Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família:** uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. In: LOYOLA, C.M.D. (org). Saúde Mental na Atenção Básica. Cadernos IPUB, Nº 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

PINHEIRO, Roseni. **As práticas do cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde:** um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ,IMS: ABRASCO,2006.

PINHEIRO, Roseni et al. **Demanda em saúde e Direito à Saúde:** Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações sobre os Nexos Constituintes das Práticas da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.).

Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação, espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, Roseni e GUIZARDI, Francine Lube. **Cuidado e Integralidade:** por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006a.

PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo. **Implicações da integralidade na gestão da saúde.** In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.) Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PINHEIRO, Roseni e LUZ, Terezinha Madel. **Práticas Eficazes X Modelos Ideais:** ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação:** categoria fundamental para o trabalho do assistente social. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, módulo 4. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

RESENDE, Heitor. **Política de Saúde Mental no Brasil:** uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (org). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1987.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco, LEONARDIS, Ota e MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** São Paulo, HUCITEC, 2001.

RUIZ, Manoel. **A História do Plano Cruzado I e II, Plano Bresser, Plano Verão e Cruzado novo.** 11/09/2003. Disponível em: <<http://www.sociedadedigital.com.br/artigo.php?artigo=112&item=4>> Acesso em: 03 maio de 2008.

STEIN, Rosa Helena. **Implementação de Políticas Sociais e descentralização político – administrativa.** In: Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

SILVA, Rafael Vieira Braga da et al. **Do Elo ao Laço:** o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

TEIXEIRA, Carmem Fontes e SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de Atenção à Saúde no SUS:** trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações.** In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

TIMÓTEO. Câmara Municipal de Vereadores de Timóteo. **Cartilha da Casa da Memória de Timóteo.** [s.n.], [2005?]. (data provável)

TIMÓTEO. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Timóteo. **Plano Municipal de Saúde – 2002-2003.**

TIMÓTEO. Prefeitura Municipal de Timóteo. Saúde com qualidade. Disponível em: <[http://www.timoteo.mg.gov.br/mat\\_vis.aspx?cd=5806](http://www.timoteo.mg.gov.br/mat_vis.aspx?cd=5806) > Acesso em: 12 de mar. de 2008.

UGÁ, Maria Alícia D. e MARQUES, Rosa Maria. **O Financiamento do SUS:** trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Estado e políticas sociais no capitalismo: uma abordagem marxista.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, Nº 28, Ano IX – Dezembro de 1988.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Do hospício à comunidade:** mudança sim, negligência não. Belo Horizonte, SEGRAC, 1992.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão Vasconcelos (org.). **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002a.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002b.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Periodização histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil Recente.** Projeto Transversões. Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ, 2007a.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Manual de Ajuda Mútua e Suporte Mútuo em Saúde Mental.** Projeto Transversões. Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007b.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Abordagens Psicossociais – Volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; MORGADO, Rosana. **Subsídios analíticos e metodológicos na lógica do Sistema Único da Assistência SUAS e do Programa de Atendimento Integral à Família PAIF/Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2005 (Texto de circulação restrita).

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias.** Cadernos de Saúde Pública, n.14,1998.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods.** London: Sage, 1989.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre da internet. Timóteo (Minas Gerais). Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Tim%C3%B3teo\\_%28Minas\\_Gerais%29](http://pt.wikipedia.org/wiki/Tim%C3%B3teo_%28Minas_Gerais%29)> Acesso em 12 de mar. de 2008a.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre da internet. Sesmária. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Sesmária>> Acesso em 05 de abr. de 2008b.

WIKIPÉDIA. A Enciclopédia Livre da internet. **Lobotomia.** 2008. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Lobotomia>> – Acesso em 10 de maio 2008c.

## APÊNDICE I

### **Roteiro de Entrevista Semi - Estruturada** **Gestor Municipal, Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem e** **Agente Comunitário de Saúde**

#### **TÍTULO DA PESQUISA:** **“LIMITES E POSSIBILIDADES DE EFETIVAÇÃO DO CUIDADO AO PORTADOR** **DE TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA”**

#### **I - IDENTIFICAÇÃO:**

- **Profissão:** \_\_\_\_\_
- **Código:** \_\_\_\_\_

#### **II - Eixo 1: CONCEPÇÃO DO CUIDADO**

- 1) Qual a sua concepção de saúde?
- 2) O que você conhece da proposta da assistência ao Portador de Transtorno Mental na Atenção Básica na perspectiva da integralidade?
- 3) Cite 03 exemplos de abordagem ao usuário na perspectiva da integralidade.
- 4) O que você conhece dos pressupostos da assistência ao Portador de Transtorno Mental estabelecidos na Reforma Psiquiátrica? Fale sobre eles.

#### **III - Eixo 2: A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

- 1) Na sua Equipe de Saúde da Família quem recebe o Portador de Transtorno Mental?
- 2) Na Equipe de Saúde da Família é feito algum tipo de acompanhamento ao Portador de Transtorno Mental?
- 3) As informações e encaminhamentos realizados são registrados?
- 4) Existe alguma ação junto a comunidade ao reconhecimento do Portador de Transtorno Mental como portador de direitos?

#### **III - Eixo 3: LIMITES E POSSIBILIDADES**

- 1) Você acha que o atendimento realizado pela equipe de saúde da família atende às necessidades dos Portadores de Transtorno Mental?
- 2) Cite 03 principais dificuldades/limites para a realização do atendimento na perspectiva da integralidade ao Portador de Transtorno Mental?

- 3) Você percebe alguma mudança em relação à assistência ao portador de transtorno a partir da Reforma Psiquiátrica? Cite 03, caso a resposta seja positiva.
- 4) O município tem realizado alguma mudança na assistência ao portador de transtorno mental, tomando como base os pressupostos da Integralidade? Cite 03, caso a resposta seja positiva.
- 5) O município possui uma política de saúde mental definida? Sendo a resposta positiva cite 03 pontos que considera importante dessa política.
- 6) Cite 03 principais dificuldades que você acha que o município enfrentará para desenvolver as ações de saúde mental na atenção básica.
- 7) Cite 03 ações que poderiam ser desenvolvidas ao Portador de Transtorno Mental pela equipe de saúde da família.
- 8) O que está previsto no Plano Municipal de Saúde para o funcionamento da atenção básica?
- 9) Como gestor, fale sobre a organização do serviço para o atendimento dos portadores de transtorno mental na atenção básica.
- 10) Quais são as principais dificuldades e facilidades que você vivencia como gestor municipal para trabalhar a saúde mental na atenção básica?
- 11) Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

## ANEXO I

### **PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**

Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos no Pacto Pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Regionalização Solidária e Cooperativa firmada no Pacto Pela Saúde e seus pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS;

Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família;

Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil;

Considerando a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, conforme o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta o desenvolvimento das ações da pessoa com deficiência no SUS;

Considerando as diretrizes nacionais para a Saúde Mental no SUS, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da reforma psiquiátrica;

Considerando a Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional;

Considerando a Política Nacional de Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, seus princípios e diretrizes;

Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC no SUS, a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial da Saúde - OMS de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, estabelecido na Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles considerados essenciais;



Considerando que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, estabelecida por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, e da integralidade e da equidade; e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte:

I - para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 (quarenta) horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e

II - para as demais ocupações vale a definição do caput deste artigo.

§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

§ 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

§ 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I a esta Portaria.

Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

§ 1º Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família.

§ 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

Art. 6º Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família.

§ 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

§ 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

Art. 7º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I- definir o território de atuação de cada NASF quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal;

II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;

III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;

V - manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;

VI - disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF;

VII - realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;

VIII- assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF; e

IX- estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.

Art. 8º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

I - identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º desta Portaria;

II - assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

III - realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; e

IV - acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados nesta Portaria.

Art. 9º Definir que o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF:

I - esteja vinculado à implantação/expansão da Atenção Básica/ Saúde da Família na proporcionalidade definida no artigo 5º desta Portaria;

II - obedeça a mecanismos de adesão e ao fluxo de credenciamento, implantação e expansão definidos no Anexo II a esta Portaria, podendo ser utilizados os quadros do Anexo III a esta Portaria; e

III - tenha aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado.

Art. 10. Definir como valor de transferência para a implantação dos NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Art. 11. Definir como valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

§ 1º Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES.

§ 2º O envio da base de dados do SCNES pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o banco nacional deverá estar de acordo com a Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007.

§ 3º O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverão ser registrados no SIA/SUS, mas não gerarão créditos financeiros.

Art. 12. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) e componham o Bloco Financeiro de Atenção Básica.

§ 1º Incidem nos fluxos e requisitos mínimos para manutenção da transferência e solicitação de crédito retroativo os requisitos definidos pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

§ 2º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses, dos incentivos referentes aos NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal nas mesmas situações previstas para as equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, conforme o estabelecido na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, Capítulo III, item 5, "da suspensão do repasse de recursos do PAB".

Art. 13. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Vairável - Saúde da Família.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO