

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Estratégias de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés”***

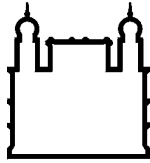
*por*

***Ândrea Cardoso de Souza***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera  
Segundo orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante*

*Rio de Janeiro, abril de 2012.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta tese, intitulada*

***“Estratégias de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés”***

*apresentada por*

***Ândrea Cardoso de Souza***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Fernandes Pitta

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Abrahão da Silva

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alda Maria Lacerda da Costa

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera – Orientador principal

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

S729 Souza, Ândrea Cardoso de  
Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no  
Rio de Janeiro: um movimento das marés. / Ândrea Cardoso de  
Souza. -- 2012.  
xiv,156 f.

Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier  
Amarante, Paulo Duarte de Carvalho  
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Serviços  
Comunitários de Saúde Mental. 4. Saúde da Família. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

*“Perder-se também é caminho”*

*Clarice Lispector*

*A todos comprometidos com um sistema de saúde mental  
universal e que acreditam ser possível uma atenção integral,  
equânime e acessível.*

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, autor da minha fé!

Ary, “há momentos na vida em que sentimos tanto a falta de alguém que o que mais queremos é tirar essa pessoa de nossos sonhos e abraçá-la.” O sonho de estudar no “castelinho” que avistávamos dentro do fusca sempre que íamos ao “Rio” foi realizado!

À Zilda, minha mãe pela paciência e por aturar todo meu mau humor nesses últimos quatro anos.

À Nana, minha irmã, pelo carinho de sempre!

Ao Zilla, meu irmão, que me ajuda no compartilhar do cuidado com Zilda.

Ao Alan, com você mais perto teria sido mais fácil!

Aos tios e primos e às crianças, que (felizmente) são muitas, que torceram e deram força no que foi preciso para eu seguir. Agora estarei em todas as viagens e festas!

À família Sodré, vocês que me acolheram como filha, me deram novos sobrinhos, emprestaram carro na época do assalto, quando fiquei sem carro e sem tese!!!

À Fátima, Nair, Bárbara e Eduardo (o agregado), uma família que me acolhe sempre e em qualquer hora. Fátima, obrigada por tudo!

Ao Deison, um artista-dentista. Um amigo mais chegado que um irmão. Um amigo e tanto!

À Paula e ao Zé, no mestrado o presente da Isabela e no doutorado a Carol.

À Samara por vir aqui pelo menos uma vez por ano para comer carne de sol, queijo coalho e para nos divertimos pela cidade.

À Célia Leitão, pela amizade, solidariedade, generosidade e por ter me adotado como filha, ainda que ingrata.

À professora Vera Pepe por ser sempre atenciosa e disposta a ajudar.

À Dinorah, irmã escolhida, que mesmo distante, está perto.

À Vera e ao Alexandre pela amizade, pelos encontros que estão cada vez mais raros.

À Rose, pelos longos e divertidos papos.

À Verônica, amiga que topa enfiar o pé na jaca nos roteiros gastronômicos.

Ao Dalmo e à Carinne, amigos que sempre estão com a casa aberta para a reunião da turma.

À Sheila, de aluna a amiga, pela ajuda incansável nos projetos!

Ao Júnior pelo cuidado e pela leitura do material.

À Samira pela disponibilidade em ajudar com os alunos no HPJ quando eu precisava me dedicar às tarefas do doutorado.

À professora e amiga Emília pelo carinho de sempre!

À Donizete pela torcida e incentivo constante .

À Simone Rembold, por compartilhar o trabalho e o sonho do doutorado. Agora é só você defender!

À Nympha e Regina Roquete que ajudaram a afrouxar os parafusos para que eu pudesse seguir numa época em que eles estavam emperrados.

Aos amigos de turma Angélica, Helena, Camila, Augusto, Sandra e Lenice pelos encontros, pelos muitos papos e poucas saídas.

À Maritelmá, Sérgio, Daniele e aos demais integrantes do grupo de discussão de Enfermagem do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba pela oportunidade de debate profícuo e aprendizado constante.

À Luane, Nathália, Clarissa e Alice, por terem auxiliado na condução e transcrição das entrevistas.

Ao Alexander Ramalho, Ana Carla e Ana Cristina, profissionais da equipe de coordenação de saúde mental do município, que acolheram e possibilitaram a realização dessa pesquisa.

A todos os diretores dos CAPS e das Unidades Atenção Básica que participaram da pesquisa.

À Maria Beatriz Guimarães por ter participado da banca de qualificação deste trabalho, pela paciência da leitura, que com certeza atenta.

Ao Domingos “Sábio” Sávio, empregando o bem sucedido ato falho dos organizadores do livro *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*, obrigada por contar com você na discussão e leitura final deste trabalho.

Ao Francisco Leonel, professor que com afinco trabalha para potencializar a inserção da Universidade na rede de saúde mental de Niterói.

À Dalvani, por disponibilizar sempre o “orelhão”! Seu poder de síntese é incrível!

À Ana Abrahão, obrigada por compartilhar o trabalho no grupo e pela simplicidade na forma de compartilhar seus conhecimentos.

À Alda Lacerda, com quem tive a oportunidade de aprender um pouco mais sobre a dádiva na saúde e por participar da banca desta tese.

Ao Willer Marcondes, pelo privilégio de tê-lo como professor desde o mestrado, por ser atencioso e pela prontidão em ajudar os alunos.

À Ana Pitta, por ser uma “psiquiatra da atenção básica”. Obrigada pela disponibilidade em deixar ainda que por um dia o cenário apazível de Salvador para compor a banca examinadora desta tese.

Ao professor Paulo Amarante, por ser um orientador-referência desde os tempos da graduação. Obrigada por topar mais essa!

Ao professor Francisco Javier, pela confiança e tranquilidade durante a condução desse trabalho. Muito obrigada!



## SUMÁRIO

RESUMO .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
CAPÍTULO 1 .....	1
INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO 2 .....	11
PERCURSO METODOLÓGICO.....	11
2.1 Estudo de caso.....	11
2.2. Instrumentos de investigação .....	12
2.3 Aspectos Éticos.....	16
2.4 Os cenários e sujeitos da pesquisa.....	16
Quadro 1 – Relação dos CAPS sob gestão municipal e a AP pertencente:.....	20
2.5 Análise do Material .....	23
CAPÍTULO 3 .....	27
NOVOS SENTIDOS PARA A CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL: OUTRAS POSSIBILIDADES DE FAZER SAÚDE POR MEIO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	27
3.1 Elementos para uma clínica do sujeito .....	28
3.2 A clínica, a saúde mental e a rede básica.....	30
3.3 Reorientação das práticas de atenção em Saúde Mental na Atenção Básica .....	33
3.4 Atenção Básica: novo modelos de cuidado em Saúde Mental .....	48
3.5 Ampliação do campo da Atenção Psicossocial: a saúde mental na atenção básica .....	52
CAPÍTULO 4 .....	61
ASPECTOS DA INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	61
4.1 Saúde mental na atenção básica: uma proposta para a integralidade.....	64

4.2 Saúde Mental na Atenção Básica: uma possibilidade de equidade no cuidado .....	73
4.3 Práticas de Saúde Mental na Atenção Básica: dispositivo para acesso a saúde .....	84
4.4 O território como espaço privilegiado para a Saúde Mental na Atenção Básica .....	90
4.5 Trabalho em rede: potencializador das práticas de Saúde Mental na Atenção Básica .....	97
CAPÍTULO 5 .....	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	128
Apêndices .....	147

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AP – Área de Planejamento

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Coordenação de Área de Planejamento

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência

CF – Clínica da Família

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HG – Hospital Geral

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAHO – Pan American Health Organization

SF – Saúde da Família

SM – Saúde Mental

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

WHO- World Health Organization

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Relação dos CAPS e a AP pertencente:

## RESUMO

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é uma diretriz da política pública nacional de saúde mental e constitui-se numa estratégia para a consolidação da reforma na área. Frente a isto, buscou-se conhecer como se dá esta inclusão em um grande centro urbano. Para tal, este estudo teve como objetivos analisar as estratégias desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica por meio do conhecimento dos impasses e facilitadores como parte da política pública no município do Rio de Janeiro; e a identificação das tecnologias de cuidado em saúde mental oriundas da articulação entre esta e a atenção básica. Realizou-se um estudo de caso, configurando-se numa pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa. Como cenário, contou-se com dois grupos de serviços do município do Rio de Janeiro: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II e III e Unidades Básicas de Saúde. Foram entrevistados os diretores dessas unidades, bem como um gestor da atenção básica e um da saúde mental. Foi realizada pesquisa de campo, com entrevistas semi estruturadas e os dados foram analisados sob o referencial da análise de conteúdo. Para a apresentação dos resultados optou-se por organizar os achados em eixos considerados fundamentais para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, sendo estes: equidade, integralidade, acesso, território e trabalho em rede. Quanto à articulação entre saúde mental e atenção básica no município do Rio de Janeiro, identificou-se que diferentes são os arranjos e práticas implantadas tanto pelos CAPS quanto pelas unidades de atenção básica para promoverem o cuidado no território, caminhando no sentido da promoção de outras práticas de cuidado em saúde mental. Uma ferramenta importante adotada no município para promoção da inclusão das ações de saúde mental no âmbito da atenção básica é o apoio matricial. Esta ferramenta da gestão tem sido adotada principalmente para viabilizar a qualificação das equipes da atenção básica para o cuidado em saúde mental no território. Constatou-se que as experiências de articulação da saúde mental com a atenção básica vêm ocorrendo de maneira não linear, de forma assimétrica e que essa é uma modalidade de atenção ainda incipiente no município. No entanto, em algumas áreas constatou-se um avanço no sentido dessa articulação. Percebeu-se que essa articulação não se restringe a um serviço, refere-se, entre outras, a práticas de cuidado que se tece em rede, a partir dos encontros que resultam na tomada de responsabilidade não apenas pelos profissionais, mas de um conjunto de dispositivos a serviço de um cuidado atencioso e singular as pessoas com transtornos mentais. Contudo, inúmeros são os impasses para a consolidação dessa lógica de atenção tanto no nível macro quanto no nível micro da operacionalização das práticas. Para consolidar a estratégia de cuidado de saúde mental na atenção básica é preciso manter um diálogo permanente entre as equipes, com os recursos do território e com os segmentos sociais. Apesar de se configurar como uma estratégia em fase de implantação no município constatou-se que a articulação entre saúde mental e atenção básica é um dispositivo potente para a ampliação do acesso aos serviços pelos usuários e para promoção da desmistificação da loucura, inserindo-a na vida da cidade. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica possibilita o desenvolvimento de estratégias de cuidado e de novas conformações e organização tanto dos CAPS quanto dos serviços da rede de atenção básica de cuidados à saúde.

Descritores: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Saúde da Família.

## ABSTRACT

The insertion of mental health actions in the basic attention is a guideline of the mental health national public policy and it is comprised in a strategy to consolidate the reform within the area. In light of that, the aim was to know how such an insertion takes place in a huge urban center. For so, this study aimed at analyzing the strategies developed in the city of Rio de Janeiro for the insertion of mental health actions in basic attention by means of knowing the bottlenecks and facilitators as part of the public policy in the municipality of Rio de Janeiro; and the identification of care technologies in health care from the articulation between the former and basic attention. A case study was accomplished, configuring into a descriptive exploratory research, of qualitative approach. As a scenario, two groups of services from the municipality of Rio de Janeiro: Brazil's Centers for Psycho-social Attention (CAPS) II and III and Health Basic Units were taken into consideration. The directors of such units, as well as a manager of basic attention and another of mental health were interviewed. A field research was made, with semi-structured interviews and the data were analyzed under the contents analysis referential. For the outcomes submission, there was an option for organizing the findings in priorities considered fundamental for the insertion of mental health actions in the basic attention, as follows: equity, integrality, access, territory and work in nets. Concerning the articulation between mental health and basic attention in the municipality of Rio de Janeiro, different arrangements and practices implemented were identified not only by CAPS but also by the units of basic attention to promote care in the territory, walking towards the promotion of other care practices in mental health. An important tool adopted in the municipality for the promotion of the insertion of mental health actions in the scope of basic attention is the matricidal support. This management tool has been mainly adopted to make the qualification of basic attention teams feasible for mental health care within the territory. It was verified that the mental health experiences of articulation with basic attention have been taking place in a non-linear way, in asymmetrical form and that it is an attention modality still incipient in the municipality. However, it was noticed that in some areas, there was an advance towards this articulation. It was noticed that this articulation is not constrained to a service; it refers, among others, to care practices that are weaved in nets, from the meetings that result in responsibility taken not only by the professionals of more than a set of devices of an attentive and singular care service to the people with mental disorders. Nevertheless, several are the deadlocks for the consolidation of these attention logics both at macro and micro operationalization of practices levels. To consolidate the mental health care strategy in basic attention, it is necessary to keep a permanent dialog among teams, with the territorial funds and with the social segments. In spite of configurations as a strategy under implementation in the municipality, it was noticed that the articulation between mental health and basic attention is a potent device for the enlargement of the access to services by users and for the promotion of the demystification of madness, having it inserted in urban life. The mental health actions insertion in the basic attention makes the development of care strategies possible and new conformations and organization both by CAPS and net services of care basic attention to health.

Descriptors: Mental Health; Primary Health Care; Mental Health Community Services; Family

# CAPÍTULO 1

## INTRODUÇÃO

Uma das origens desta pesquisa no curso de doutorado em Saúde Pública reside nas questões suscitadas ainda na dissertação de mestrado intitulada: “Em Tempos de PSF... Novos Rumos para Atenção em Saúde Mental?”, apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), cujo objetivo pautou-se em conhecer quais os limites e possibilidades de ampliação do campo da Atenção Psicossocial face à intercessão das ações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e investigar quais mudanças na reorientação das práticas de Atenção Psicossocial poderiam advir da intercessão dos CAPS com a ESF.

Uma das conclusões do estudo supracitado foi que as ações de saúde mental (SM) na atenção básica (AB) seriam dispositivos mais potentes<sup>1</sup> que os CAPS para promoverem de fato uma ruptura com o modelo tradicional de assistência em saúde mental. A referida pesquisa também evidenciou a dificuldade dos CAPS de se colocarem nas ruas, ocuparem e se capilarizarem no território, ocuparem o espaço de fora, permitindo a circulação da loucura na vida da cidade, do bairro – enfim, propiciar outros trânsitos para a loucura no espaço urbano, ainda que estes sejam considerados serviços territoriais.

Outro fator motivador para a realização desta pesquisa advém de inquietações oriundas da prática docente. Acreditando que a mudança para a promoção de uma saúde mental de qualidade, equânime, integral e territorial esteja localizada na interface com a atenção básica, porém, ainda é preciso trabalhar com diretrizes curriculares no sentido de ampliar a articulação de diferentes núcleos de conhecimentos. Eis aí um dos muitos dilemas da academia.

Tomada por essas e outras inquietações e por uma questão inicial: Onde se deve estar para transformar a atenção em saúde mental? Acreditando que é na Atenção Básica à

---

<sup>1</sup>Potência traz a visão institucionalista de Baremlitt, (1992, p 185), como capacidades virtuais ou atuais de produzir, inventar, transformar, que têm uma forte influência do pensamento nietzschiano quando nos oferta em sua obra *Vontade de Potência* como “a vontade de durar, de crescer, de vencer, de estender e intensificar a vida, um verdadeiro desafio à transmutação dos valores estabelecidos.” (NIETZSCHE, 2002, p. 68)<sup>1</sup>

<sup>2</sup> Para Passos e Barros (2000: 77) *intercessão* pode ser definida quando a relação que se estabelece entre os



Saúde. E tendo como pressuposto que a inclusão da SM na AB favorece a equidade e faz avançar o processo de desinstitucionalização em curso no país, parti para a aventura de elaborar uma tese e defender que a saúde mental na atenção básica é a saída ou o ponto de chegada de uma atenção compartilhada, de uma formação ampliada e de possibilidades concretas de rupturas e avanços para uma clínica da Atenção Psicossocial.

Existe uma tendência nos sistemas de saúde no mundo a terem a Atenção Primária à Saúde (APS) como orientadora dos sistemas de saúde (RUBINSTEIN, 2001).<sup>2</sup> No entanto, poderíamos considerar que a ênfase na atenção básica à saúde no Brasil ainda é recente, assim como seus modos organizacionais que necessitam de ajustes para garantir o acesso à população brasileira.

A reorientação do modelo tradicional de atenção em saúde está relacionada à adoção de práticas que tenham como premissa o acolhimento dos usuários e o Brasil tem a Atenção Básica como estratégia na reorientação da atenção, dos serviços, dos sistemas e das práticas em saúde.

Novo paradigma em saúde, a Atenção Básica é o ponto estratégico da rede de cuidados e da reestruturação do sistema. E para a reestruturação e ampliação da Atenção Básica, o Ministério da Saúde adotou a Saúde da Família como sua principal estratégia.

Atualmente existem 32.079 equipes de Saúde da Família no Brasil e estão presentes em 5.284 municípios brasileiros, portanto, 95% deles, o que corresponde a uma cobertura de 53% da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).<sup>3</sup>

Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em março de 2008, regulamentados pela portaria 154<sup>4</sup> do Ministério da Saúde, foi viabilizada a ampliação do acesso aos serviços da rede básica de saúde. Atualmente existem 1.498 NASF, atuando em todo o território nacional com o objetivo de qualificar a atenção básica em saúde.

A Estratégia Saúde da Família, denominada no Rio de Janeiro Clínica da Família, tem sido o foco de prioridades da gestão pública municipal de saúde, que apesar de sua expansão, ainda apresenta uma cobertura de 26,58 % da população do município do Rio de Janeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).<sup>3</sup>

A Conferência de Alma-Ata da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1978)<sup>5</sup> definiu que a Atenção Primária à Saúde seria o ponto de atenção responsável pela solução dos principais problemas de saúde da população, entre eles, os de saúde mental. E em

muitos países essa diretriz vem cumprindo este papel. A Organização Pan-americana de Saúde (PAHO, 2007)<sup>6</sup> considera que a APS é o ponto de atenção mais equitativo dentro da organização dos sistemas de saúde.

A saúde mental na atenção básica tem sido um tema bastante debatido na última década. É sabido que a prevalência dos transtornos mentais é mundialmente relevante e que a atenção básica é considerada o ponto principal para o cuidado.

Os problemas relacionados à saúde mental estão ganhando relevância em âmbito mundial. O relatório da World Health Organization (WHO)<sup>7</sup> (2001) apresentou os dez fatores mais incapacitantes da saúde e quatro estão relacionados à saúde mental: depressão, drogas, esquizofrenia e transtorno bipolar. Esse dado nos remete para a urgência de se criar estratégias para o enfrentamento dessa problemática. É preciso ampliar o acesso à população que necessita de atenção em saúde mental.

Atualmente, de acordo com Mari<sup>8</sup> (2011: 4594); Reichenheim et al<sup>9</sup> (2011), entre as dez condições de maior expressão na Carga Global de Doenças no mundo, cinco estão relacionadas aos transtornos mentais. Estes se configuram entre os principais problemas de saúde pública na atualidade, estimando-se um impacto de 18%. Diante dessa informação é preciso um maior compromisso dos gestores e formuladores de políticas públicas em saúde mental para a adoção de tecnologias de cuidado que garantam o cuidado e o acesso universal e equânime a todos que dele necessitam. Para tanto, seriam necessários investimentos cada vez maiores nos serviços territoriais para o cuidado em saúde mental. A expansão dos serviços comunitários em saúde mental tem sido objeto de constante debate pela psiquiatria mundial.

A World Psychiatry Association<sup>10</sup> (2010) preconiza que os serviços de saúde mental precisam refletir as prioridades dos usuários, se constituir em serviços móveis e estar próximos à casa das pessoas, e o tratamento deve ser baseado em projetos terapêuticos singulares.

O Ministério da Saúde<sup>11</sup> (1998), preocupado em ampliar o acesso aos serviços de saúde, definiu a atenção básica como ponto estratégico de atenção e implantou a Estratégia Saúde da Família, na época chamada de Programa de Saúde da Família, considerando esta como a reorganizadora do sistema de atenção em saúde.

A World Health Organization<sup>12</sup> (WHO, 2009), ao definir os componentes essenciais para a conformação dos sistemas de saúde mental, preconiza que os mesmos devam se

constituir em rede com base na atenção primária à saúde com apoio dos serviços comunitários e dos hospitais gerais, e devem ter articulação com os diferentes segmentos sociais do território. Esta concepção de atenção propicia a redução do estigma em relação à loucura, além de ampliar o acesso da população aos cuidados em saúde mental.

Considerando que a atenção básica é o ponto do sistema que deve estar mais próximo a vida das pessoas, que deve estar apta a dar resolutividade aos problemas de saúde da população e considerando que esta também seria um ponto estratégico para a construção de novos modos e práticas de atenção, a Coordenação Nacional de Saúde Mental institui como uma das diretrizes de trabalho a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Esta proposta ganha destaque por meio da Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação e Gestão da Atenção Primária, n.º 1/03 (BRASIL, 2003)<sup>13</sup> e da Portaria 154,<sup>4</sup> de 2008 que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Essa estratégia de atenção também encontra respaldo no direcionamento das políticas públicas para a intersetorialidade e integralidade das ações e na necessidade de ações transversais entre diferentes setores das políticas públicas de saúde.

O relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (CNSM, 2011) reforça a necessidade de aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família, assim como sua maior articulação com a saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).<sup>14</sup>

As recomendações da política pública nacional de saúde mental para a reorientação da atenção enfatizam o território e a corresponsabilidade no cuidado como forma de garantir o acesso universal, integral e qualificado aos usuários.

De acordo com Pitta<sup>15</sup> (2011:4580) já existem evidências de melhores níveis de efetividade do tratamento de pessoas em sofrimento psíquico que são acompanhadas em serviços comunitários em relação àquelas que são acompanhadas na perspectiva tradicional de assistência.

É preciso enfrentar os novos desafios para fazer avançar o processo de Reforma Psiquiátrica no país. Apesar da expressiva redução de leitos psiquiátricos e da expansão progressiva da criação dos Centros de Atenção Psicossocial, é preciso ampliar o acesso das pessoas aos serviços de saúde mental, assim como solidificar o cuidado diferenciado e comunitário no âmbito da saúde mental.

O avanço da reforma psiquiátrica depende da adoção de novas práticas de cuidado e de outros modos de atenção. Após a consolidação dos CAPS como dispositivos de cuidado privilegiados para a reorientação da atenção em saúde mental, torna-se imperativa a inserção das ações de saúde mental na atenção básica. Entretanto, só foi possível pensar essa após o avanço do processo de desinstitucionalização em curso no país, após a construção de novos modos de cuidado mental que adotam a perspectiva da atenção psicossocial e que preconizam a inserção dos usuários no cotidiano das cidades. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica atende, entre outros, a um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade (BRASIL, 1990).<sup>16</sup>

A Saúde Mental na Atenção Básica é uma estratégia em movimento, em consonância com as diretrizes da política pública de saúde mental e da reforma psiquiátrica, que tem como um de seus objetivos a transformação da sociedade para conviver com a loucura.

O direito pelo atendimento universal, equânime e integral é uma das premissas da política pública nacional de saúde mental. Para tanto, faz-se necessário estar atento às necessidades e demandas da população brasileira, bem como caminhar na direção da implantação dos serviços inseridos nos territórios de vida das pessoas. Só assim é possível caminhar para ter uma atenção e cobertura decente em saúde mental (DELGADO, 2001).<sup>16</sup>

Como trabalhadora da área de saúde mental, defendo a tese de que a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica possibilita avançar no processo de desinstitucionalização, contribuindo para a desmistificação da loucura, na medida em que se trabalharia com a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica. É possível pensar a articulação da Saúde Mental com a Atenção básica como uma estratégia forte, no sentido atribuído ao termo por Rotelli, Leonardi e Mauri<sup>18</sup> (2001) quando foi usado para definir um serviço completamente substitutivo. E o que norteia a diretriz nacional da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é o cuidado. Acredito ser esta, uma estratégia potente para a transformação e a ampliação das práticas substitutivas em saúde mental. Interessava-nos saber, inicialmente, os fluxos de conexão entre a saúde mental e a atenção básica.

Para a realização deste percurso contei com as contribuições de autores como Amarante, Alves, Campos, Delgado, Lancetti, Merhy, Barros, Passos, Onocko Campos, Mattos, Yasui, entre outros, que em muitos momentos me auxiliaram a seguir em frente e,

em outros, indicaram inúmeras bifurcações, desvios, permitindo que olhar o caminho de maneira diferente, em direção a uma clínica do cuidado mais ético e solidário.

A questão da inclusão da saúde mental na atenção básica vem ganhando espaço nas discussões relacionadas à Atenção Psicossocial, dado o seu potencial para gerar diferenças, rupturas com o que até então havia se desenhado para a política pública nacional de saúde mental. É interessante destacar que esta, além de provocar rupturas com o aparato hospitalar, provoca os CAPS a circularem mais pelo território, ressaltando a importância desses não como estruturas físicas, mas como um *modus operandi* (GULJOR; ALVES, 2004).<sup>19</sup>

A emergência de novos modos de atenção no âmbito da saúde mental é premente e a implantação de suas ações na atenção básica surge como uma possibilidade de construir outros modos de se estar com as pessoas em sofrimento psíquico nas ruas, na comunidade, na vida da cidade, e isso aponta para uma mudança da atenção. Trata-se de cuidar das pessoas onde elas vivem e com isso aproximar a comunidade, a vizinhança, para uma convivência com a loucura, com a diferença. Trabalhando desta forma para a extinção dos efeitos nefastos da segregação e da exclusão, práticas relacionadas ao modelo tradicional de assistência em saúde mental.

No contexto do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira está o desafio de cuidar sem segregar, e a saúde mental na atenção básica é o ponto estratégico para este cuidado, pois trabalha com a premissa da inclusão dos sujeitos no seu território.

Partindo da questão norteadora de como se dá a inclusão das ações de Saúde Mental no âmbito da atenção básica no município do Rio de Janeiro, como política pública de saúde, delineamos como objeto de estudo desta tese: as estratégias para inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. O objetivo geral da tese consistiu em analisar as estratégias desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro para inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. E os objetivos específicos foram: conhecer os impasses e facilitadores para a inclusão da saúde mental na rede de atenção básica como parte da política pública no município do Rio de Janeiro; e identificar as tecnologias de cuidado em saúde mental oriundas da articulação entre saúde mental e atenção básica.

A questão do objeto de pesquisa surge ainda quando trabalhadora de CAPS e já apostando na potência da articulação entre esses dois campos que se atravessam. Este foi um problema do cotidiano das práticas que escolhi trazer para a academia. A partir da

dificuldade dos CAPS darem conta de promover a inserção dos usuários no território, somado à dificuldade de se capilarizarem no espaço das cidades, é que optei por estudar a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.

Os debates da III Conferência Nacional de Saúde Mental,<sup>20</sup> realizada em 2001, ocorreram em torno do eixo temático “Reorientação do Modelo Assistencial”, apontando para a necessidade de estudos sobre os modos de Atenção Psicossocial implantados nas diferentes localidades do país.

Atualmente, apesar do crescimento quantitativo dos dispositivos de atenção em saúde mental, pautados num novo paradigma, como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), CAPS, o que temos visto é um “esgotamento” destes dispositivos, no sentido de ruptura com os modos de assistência predominante (SOUZA, 2004).<sup>21</sup>

De acordo com Cerqueira<sup>22</sup> (1999), os recursos terapêuticos hoje mobilizados não conseguem estabelecer vínculos contínuos de tratamento; sendo assim, os usuários não se beneficiam como poderiam de uma rede extra-hospitalar.

Como uma possibilidade para a transformação das práticas no campo da Atenção Psicossocial é possível pensar na inclusão das ações de saúde mental na esfera da atenção básica. Contudo, esta articulação não se constitui como uma prática hegemônica de atenção.

Diversas ações ministeriais vêm sendo desenvolvidas a fim de promover a desinstitucionalização da doença mental, propondo a expansão das ações para o eixo territorial. Apontando para a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os CAPS, SRT e a inclusão das ações de saúde mental na rede Básica de Saúde.

De 2001 a 2005, o Ministério da Saúde realizou eventos anuais envolvendo gestores e profissionais de saúde para melhor desenvolver a estratégia de inclusão da saúde mental na atenção básica, conforme descrito abaixo:

- 2001 – Oficina de trabalho para a discussão do Plano Nacional da Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica com a presença do Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral de Saúde Mental, e alguns municípios com experiência em curso de saúde mental na atenção básica;

- 2002 – Seminário Internacional sobre saúde mental na atenção básica, em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde / Universidade Federal do Rio de Janeiro e Universidade de Harvard;
- 2003 – Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – “Desafios da integração com a rede básica”;
- 2004 – Oficina no I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial;
- 2005 – Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental.

Apesar dos CAPS serem considerados o direcionador das ações de saúde mental no território, sendo considerado um dispositivo estratégico da reforma psiquiátrica brasileira, é possível arriscar dizer que, apesar dos esforços empreendidos, os CAPS ainda têm se configurado como espaços de segregação da loucura (SOUZA, 2004).<sup>21</sup>

Em consonância com uma das proposições da III CNSM<sup>20</sup> (2001) – a de consolidar o cuidado em saúde mental, principalmente na esfera da Atenção Básica à Saúde – e da IV CNSM – Intersetorial<sup>14</sup> (2010), que aponta para a necessidade do trabalho intersetorial, é que se insere esta proposta de estudo.

A saúde mental na atenção básica permite cuidar das pessoas em sofrimento psíquico sem recorrer às “velhas” estruturas, e construir no dia a dia novos modos que possam efetivamente auxiliá-las a cuidar de si mesmas e com mais autonomia.

A articulação entre esses dois campos de conhecimento possibilita cuidar das pessoas, ainda que em período agudo de adoecimento, sem recorrer ao afastamento social acarretado pela internação psiquiátrica, tendo os CAPS como referência local para apoio em casos de maior gravidade clínica e vulnerabilidade social, os leitos em Hospital Geral (HG) e os serviços residenciais terapêuticos. Visto que, os serviços da rede básica de saúde constituem o mesmo território dessas pessoas, possibilitando a manutenção do cuidado sem a ruptura de vínculos.

O referencial teórico que sustenta este estudo se encontra na interface entre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. A escolha advém da premissa de que a prestação de cuidado em saúde mental só pode se dar de forma integrada com o contexto geral da saúde.

Esta pesquisa buscou extrair de experiências concretas no município do Rio de Janeiro novas possibilidades de fazer acontecer a Reforma Psiquiátrica.

De acordo com a carteira de serviços da Secretaria Municipal Saúde e Defesa Civil –SMSDC<sup>23</sup> (2011), do município do Rio, divide as unidades de saúde de acordo com o perfil de atendimento. Sendo assim, estão divididas em: Atenção Primária (Centro Municipal de Saúde e Clínica da Família); Atenção Secundária (Policlínica, CAPS, Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), Centro de Reabilitação) e Atenção Terciária (Maternidades, Hospitais e Institutos). Sendo que as Unidades de Atenção Primária à Saúde são classificadas em: a) unidades nas quais todo o território é coberto por equipes de saúde da família; b) unidades mistas nas quais somente parte do território é coberta pela Saúde da Família e c) unidades que não têm equipes de SF.

O modelo de Atenção primária trabalhado pelo município do Rio de Janeiro é o da Estratégia Saúde da Família e, segundo o relatório de Gestão da Coordenação de Saúde Mental do município do Rio, SMSDC<sup>23</sup> (2011), a cobertura da ESF no município é de 25%. Em conformidade com o documento conhecido como carteira de serviços (SMSDC, 2011),<sup>24</sup> consta que as ações de saúde mental devam ser desenvolvidas no âmbito da APS.

O município do Rio conta com 19 CAPS sob sua gestão, sendo dois CAPS III, 11 CAPS II, dois CAPS AD e quatro CAPS infanto-juvenil. De acordo com o relatório de Gestão da Coordenação de Saúde Mental do município do Rio<sup>23</sup> (2011), estes dispositivos apresentam cobertura de 0,30% da cidade.

Nessa tese num primeiro momento, faz-se uma apresentação dos caminhos metodológicos que foram adotados para a realização desta pesquisa, com a preocupação de elucidar os passos trilhados. Posteriormente, realiza-se uma breve contextualização sobre a reorientação das práticas em saúde mental a partir dos processos de reforma e de desinstitucionalização.

Logo após, discute-se a importância da atenção básica para a organização do sistema de saúde e como sua interface com a saúde mental pode promover movimentos de desinstitucionalização e desmistificação da loucura em âmbito local. Assim como também se realiza uma breve apresentação das muitas denominações que a clínica da saúde mental exercida na atenção básica tem recebido.

Por fim, são tecidas considerações sobre alguns eixos norteadores desta nova maneira de se fazer saúde mental, como por exemplo, a integralidade do cuidado e o trabalho em rede, tendo como premissa que esta modalidade de atenção contribui de forma



inovadora para a adoção de uma prática mais ética, solidária e inclusiva no campo da atenção psicossocial.

Este estudo poderá subsidiar a ampliação do debate já colocado em pauta pelo Ministério da Saúde sobre as formas possíveis de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Do mesmo modo, contribuirá para a sistematização das experiências existentes no município do Rio de Janeiro, que buscam construir novas trajetórias para a transformação do imaginário social acerca da loucura.

A estratégia de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é um compromisso com o trabalho e com as políticas públicas de saúde mental. A inclusão das práticas de saúde mental na atenção básica é uma necessidade ético-política. Ao tecer essa consideração é que iniciamos a reflexão sobre a construção dessa tese.

Iniciamos defendendo que a saúde mental na atenção básica é uma clínica complexa, no entanto, possível. Mas é preciso saber: em quais superfícies?

## **CAPÍTULO 2**

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

Neste capítulo foi empreendido um esforço de apresentar, como fala Castoriadis (1987),<sup>25</sup> “os andaimes do pensamento” da construção desse estudo. Esta consiste numa pesquisa aplicada que objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos, relacionados ao campo da Saúde Mental. Envolve verdades e interesses locais. De abordagem descritiva, pois visa a proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito. No seu processo de desenvolvimento envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

#### **2.1 Estudo de caso**

Esta investigação foi organizada por meio de um estudo de caso. De acordo com Yin (2005),<sup>26</sup> os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. O estudo de caso não necessita abranger uma interpretação absoluta ou exata de eventos reais, tão somente propicia estabelecer uma estrutura de discussão e debate. Os estudos de caso são “generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações e universos” (YIN, 2005: 30);<sup>26</sup> têm como objetivo a expansão e divulgação de teorias e não a especificação de frequências.

Shi<sup>27</sup> (1997) afirma que o estudo de caso é um dos três principais tipos de técnicas de coleta de dados em pesquisa qualitativa, ao lado da observação participante e da entrevista focal. Seu método é considerado flexível, podendo ser realizado por um único pesquisador em um projeto ou, até mesmo, envolver vários pesquisadores por um período de tempo razoavelmente grande. O estudo de caso busca prover um retrato ricamente detalhado para a unidade particular delimitada, podendo ser realizado, dentre outros, em

organizações e instituições, tais como as de saúde, escolas, agências reguladoras, etc. (SHI, 1997).<sup>27</sup>

Tendo em vista o seu uso em Ciências Sociais, poderiam ser enumerados os seguintes propósitos para o estudo de caso: explorar situações da vida real, cujos limites não estão claramente percebidos; preservar o caráter unitário do objeto estudado; descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação, e também, formular hipóteses ou teorias sobre o assunto pesquisado (Gil, 2002).<sup>28</sup>

Em um estudo de caso, os pesquisadores usualmente utilizam diversas fontes para a coleta de dados, incluindo registros administrativos, documentos, entrevistas, questionários e observação participante, de modo a obter o mais completo relatório dos assuntos relevantes em estudo (SHI, 1997).<sup>27</sup> Pode-se dizer que ele é um dos mais completos delineamentos, pois se vale tanto de “dados de gente” quanto de “dados de papel” (GIL, 2002:141).<sup>28</sup>

O município do Rio de Janeiro foi escolhido pela proximidade com a pesquisadora que durante de dez anos fez parte da rede de atenção psicossocial da cidade. Soma-se a isto o fato de a maioria das experiências exitosas relatando a articulação entre saúde mental e atenção básica serem realizadas em municípios de pequeno ou médio porte, despertando o interesse em conhecer como esta articulação se dá em grandes centros urbanos. Tem-se ainda o histórico do município do Rio de Janeiro, que concentrou grande número de hospitais psiquiátricos e que hoje no processo de reforma da assistência psiquiátrica necessita desenvolver estratégias substitutivas à internação.

Os procedimentos que foram seguidos na realização desse estudo visaram a produzir informações e conhecimentos sobre as estratégias desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro para inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.

## **2.2. Instrumentos de investigação**

A pesquisa bibliográfica teve como finalidade obter uma gama de informações mais ampla do que aquela que poderia ser pesquisada diretamente no trabalho de campo (GIL, 2002).<sup>28</sup> Este tipo de procedimento tem a finalidade de colocar frente a frente os objetivos

do pesquisador e os autores envolvidos em seu horizonte, num esforço de discussão de ideias e de pressupostos (CRUZ NETO, 1997).<sup>29</sup>

A análise bibliográfica foi realizada em livros, periódicos, dissertações e teses que tratam basicamente dos temas relacionados à saúde mental, atenção básica, saúde e atenção psicossocial. Além da busca física em bibliotecas públicas no Rio de Janeiro, buscou-se, para todos os temas, fazer levantamento em bibliotecas eletrônicas, como a Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se como descritores: saúde mental; atenção primária à saúde; estratégia de saúde da família e serviços comunitários de saúde mental. Esta análise se deu nos anos de 2010 a 2011.

Após leitura exploratória e seletiva do material foram selecionados artigos relacionados ao objeto de estudo desta pesquisa. Esses materiais foram analisados com vistas a contextualizar/problematizar aspectos relacionados à reorientação da atenção em saúde mental no Brasil, a inversão da lógica hospitalar pela atenção focada no eixo territorial, destacando, a relevância da articulação da saúde mental com a atenção básica para o processo de desinstitucionalização e para a promoção da desmistificação da loucura junto à sociedade.

A pesquisa documental se baseou em relatórios oficiais do Ministério da Saúde, como relatório de gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental, relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, portarias, além de relatórios das oficinas realizadas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde juntamente com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, cartilhas editadas pelo Ministério da Saúde, e relatórios de gestão da Coordenação de Saúde mental da cidade do Rio de Janeiro. Objetivou conhecer como é o ordenamento da política nacional e municipal no que tange as questões relacionadas à temática do estudo, o que serviu como balizador do que é proposto como diretriz das políticas públicas e o que tem acontecido no cotidiano das práticas e dos serviços de atenção básica e saúde mental do município do Rio de Janeiro. Foram analisados documentos da rede municipal de saúde do município do Rio de Janeiro a partir da década de 1990 como foco nos documentos advindos do censo psiquiátrico realizado em 1995. Os documentos da esfera federal relacionam-se principalmente aos produzidos a partir do ano 2000, advindos das oficinas realizadas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A segunda etapa consistiu na pesquisa empírica. A coleta de dados por meio de pesquisa bibliográfica documental acrescida de pesquisa de campo permitiu maior compreensão da questão a ser estudada. Por acreditar que o sentido das práticas não é nunca dado, e que precisa ser compartilhado com outras pessoas que estão a serviço de um exercício ético, da construção de uma prática de cuidado em saúde mental é que essa pesquisa se desdobrou numa pesquisa de campo.

Justifica-se este caminho pelo fato da pesquisa empírica, além de implicar um recorte da totalidade social, centrar-se na escolha de aspectos das relações entre sujeitos lidando com processos de interação, obrigando o pesquisador a inserir-se no espaço social coberto pela pesquisa (MEKSENAS, 2002).<sup>30</sup>

Como técnica de pesquisa foi selecionada a entrevista, que é uma técnica importante por permitir o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas, ao colocá-las face a face (RICHARDSON, 1999).<sup>31</sup> Em sentido amplo, ela pode ser vista como um modo de comunicação verbal, no qual determinada informação é transmitida de um emissor para um receptor. Já, em sentido restrito, pode ser vista como um processo de coleta de informações sobre determinado tema científico, sendo uma das técnicas mais usadas no processo de trabalho de campo na pesquisa qualitativa em saúde (MINAYO, 2006).<sup>32</sup>

O recurso da entrevista é adequado para obter informações sobre o que as pessoas e grupos sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, fazem ou fizeram, bem como suas justificativas ou representações a respeito desses temas (VASCONCELLOS, 2002).<sup>33</sup>

De acordo com Minayo (2006),<sup>32</sup> os dados obtidos por meio da entrevista podem ser tanto objetivos, ou seja, aqueles que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes, tais como censos, estatísticas, registros, etc., quanto dados subjetivos, os quais se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, ou seja, seus valores, atitudes e opiniões. Na perspectiva adotada pela autora, a entrevista é tida como um campo “não neutro”, como uma arena de conflitos. Além disso, há uma interação social na relação pesquisador (entrevistador) e pesquisado (entrevistado), e a fala individual é tida como reveladora dos códigos de sistemas e valores contraditórios.

A entrevista na pesquisa social recobre uma série de modalidades técnicas, mas que podem ser reunidas em dois grandes grupos: entrevista estruturada, por meio de questionários (dirigidas), e as entrevistas semiestruturadas ou não estruturadas (menos dirigidas) (MINAYO, 2006).<sup>32</sup> A entrevista semiestruturada difere da não estruturada

apenas em grau e começa pela elaboração de um roteiro de temas que serão tratados na situação de entrevista, sendo que este serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não como cerceamento dos entrevistados.

Os sujeitos de pesquisa foram 13 diretores de CAPS, 13 diretores e ou profissionais de Unidades de Atenção Básica e dois gestores, sendo um da Coordenação de Saúde Mental e um da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro. Os profissionais da atenção básica estão identificados pela letras “AB” seguidas de um número que segue a ordem cronológica de realização das entrevistas. Os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial foram identificados pela sigla “CAPS” e também receberam um número de acordo com a realização destas. A entrevista com os gestores foram identificadas pela letra “G” seguida de um número, de acordo com a sua realização.

Todas as entrevistas, autorizadas pelos participantes, foram registradas em gravação em áudio MP4 e transcritas na íntegra para proporcionar melhor apreensão do conteúdo e possibilitar a análise dos dados. Para o tratamento dos dados, a técnica da análise temática foi utilizada.

O universo da pesquisa foi composto por 26 serviços. O desenho inicial da pesquisa consistia em entrevistar os diretores das unidades; no entanto, em virtude da indisponibilidade de alguns diretores e ou por considerarem que os coordenadores de programas e ou profissionais da ponta estariam mais aptos a participar da pesquisa, estes foram incluídos. Isso aconteceu apenas em unidades básicas de saúde. O estudo também contemplou como sujeitos da pesquisa dois gestores da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro (um representante da saúde mental e um representante da atenção primária à saúde). Sendo assim, foi realizado um total de 28 entrevistas semiestruturadas. As entrevistas ocorreram em sua maioria no local onde cada informante atuava ou em local determinado por ele, abordando questões sobre o histórico da articulação entre saúde mental e atenção básica, seu funcionamento, as formas de se operar o trabalho no território, desafios e possibilidades dessa articulação.

Antes da realização das entrevistas, foi realizado um pré-teste do instrumento de coleta de dados com um profissional de CAPS e um profissional de outro município do estado do Rio de Janeiro. Após esta aplicação, ajustes foram realizados com o objetivo de tornar o instrumento de coleta de dados (o roteiro da entrevista) mais claro e acessível aos sujeitos da pesquisa.

### **2.3 Aspectos Éticos**

Como esta pesquisa envolveu seres humanos de forma direta em sua totalidade, incluindo o manejo de informações, tornou-se fundamental que o projeto de pesquisa fosse encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e ao Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro para que os aspectos éticos e sociais fossem respeitados.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP n.º 54/11 – CAAE n.º: 0065.0.031.000-11e pelo Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro, tendo sido aprovada n.º 89/11 – CAAE n.º: 0137.0.031.314-11.

Todas as etapas deste estudo estão em conformidade com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Dessa forma, cada entrevistado foi informado sobre os objetivos da pesquisa. Os dados foram coletados após o consentimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Aos sujeitos que participaram do estudo foi assegurado o sigilo sobre sua participação; ainda que os resultados da pesquisa sejam divulgados na forma de artigos científicos, as informações serão explicitadas de forma a impossibilitar sua identificação. Também, foi firmado o compromisso do retorno dos resultados para os serviços de saúde que fizeram parte desse estudo.

### **2.4 Os cenários e sujeitos da pesquisa**

A pesquisa empírica teve como propósito, por meio de entrevistas, conhecer como as ações de inclusão da Saúde Mental na rede de Atenção Básica vêm sendo planejadas e desenvolvidas no município do Rio de Janeiro. Pretendeu-se também, conhecer as tecnologias de cuidado em saúde mental oriundas dessa articulação.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa faz-se necessário contextualizar o cenário da assistência em saúde mental que vem se conformando no município do Rio de Janeiro.

Deve-se lembrar de que, até 1996, a cidade do Rio de Janeiro contava com os três principais hospitais psiquiátricos públicos pertencentes ao Ministério da Saúde (Centro Psiquiátrico Pedro II, Instituto Philippe Pinel e Colônia Juliano Moreira) e contratava outros 2.958 leitos do setor privado conveniado ao SUS<sup>22</sup>.

Segundo Reis (1996),<sup>34</sup> nas décadas de 1960 e 1970, as ações desenvolvidas no campo da saúde mental no município do Rio de Janeiro restringiam-se a núcleos de equipes multiprofissionais, dentro da Secretaria da Educação, que atendiam crianças com dificuldades de aprendizagem. O atendimento à população acometida por transtornos mentais acontecia nas Unidades do Ministério da Saúde, bem como em clínicas privadas. Todavia, o atendimento efetuado nos Hospitais Públicos estava voltado para a população que não tinha vínculo trabalhista e as clínicas conveniadas com a Previdência Social atendiam à população previdenciária. O governo federal era o principal responsável pela assistência à saúde mental, seja hospitalar ou na rede ambulatorial do extinto INAMPS, à população residente no município do Rio de Janeiro. A divisão das ações entre os Ministérios da Previdência, o da Assistência Social e da Saúde era evidente na área da psiquiatria, com o crescimento da rede privada conveniada e o quase abandono, por falta de recursos, das unidades da antiga Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

Desde a implantação do programa de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro, no início da década de 1990, as ações estão voltadas para a mudança do modelo centrado no hospital psiquiátrico, por meio da ampliação no cuidado aos pacientes mais graves e em áreas desprovidas de serviços de saúde mental, inicialmente com a implantação de CAPS, serviços de moradia e a lotação de profissionais na rede (FAGUNDES; LIBÉRIO, 1997).<sup>35</sup>

Segundo Silveira (2003),<sup>36</sup> no município do Rio de Janeiro, a discussão sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica e mudança no modelo de atenção à saúde mental foi impulsionada pelo Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos da cidade, que ocorreu em 1995, com o intuito de promover um levantamento socioeconômico e clínico dessa população. Na ocasião, foi feito um estudo das 3.223 pessoas que se encontravam internadas na rede hospitalar. Constatando-se, então, de acordo com COUTINHO et al<sup>37</sup> (2001:73) que “da população pesquisada, 82% já haviam sofrido mais de uma internação psiquiátrica em suas vidas, e que 31,8% já haviam sofrido mais de seis internações no sistema”. Cerqueira (1999)<sup>22</sup> afirma que o Censo dos Hospitais Psiquiátricos possibilitou compreender que a população que utilizava as internações como meio de cuidado não era a



mesma atendida nos ambulatórios e demais unidades de saúde. Os dados revelaram que a maioria dos internos, antes mesmo da atual internação, não utilizava nenhuma modalidade de tratamento ambulatorial. O achado reforçava a necessidade de redirecionar os recursos restritos à atenção hospitalar, para a construção de novos dispositivos de cuidados extra-hospitalares que tivessem o território como base de sua atuação. O Censo propiciou graças aos dados obtidos o planejamento da alocação dos serviços não manicomial necessários para a transformação da assistência.

As informações obtidas por meio do Censo permitiram o mapeamento dos serviços existentes no município, bem como levantar as informações sobre o perfil da clientela dos hospitais psiquiátricos da rede. Isso possibilitou a formulação de uma nova política pública para o setor, que culminou na implantação dos CAPS no município.

Os dados obtidos a partir do censo apontaram para a urgência do desenvolvimento de políticas de atenção psicossocial, fundamental para a condução das novas práticas públicas em saúde mental adotadas pelo município. Diante destas constatações, viu-se a necessidade da inversão do modelo adotado até então, no intuito de desenvolver dispositivos extra-hospitalares com base na territorialidade e na responsabilização do cuidado.

Dentre essas práticas, está, primeiramente, a implantação dos CAPS, constituindo-se como uma possibilidade a desinstitucionalização da clientela com sofrimento psíquico grave e, posteriormente, a criação de serviços residenciais terapêuticos e outros dispositivos territoriais, como a implantação das ações de saúde mental no âmbito da atenção básica. De acordo com Libério<sup>38</sup> (1999), a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro optou por desenvolver uma rede de serviços baseados na comunidade sem serviços de emergência psiquiátrica subordinada aos mesmos.

Para Nunes<sup>39</sup> (2009), a estratégia de implantação de um novo dispositivo de atenção diária e integral ganhou impulso a partir da divulgação do censo, o que caracteriza a mudança da assistência aos portadores de transtornos mentais para além da construção de uma política pública de saúde mental no município. Cerqueira<sup>22</sup> (1999) aponta que tal experiência se tornou possível a partir do momento em que a saúde mental ganha destaque no município mediante o processo de municipalização dos serviços de saúde. Pois é a partir do processo de municipalização e reestruturação da política de saúde mental do Ministério

da Saúde que os municípios assumem a responsabilidade pelas ações direcionadas ao cuidado com os portadores de transtornos mentais.

A Resolução n.º 431,<sup>40</sup> de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, embasada na Lei Orgânica do Município, bem como no Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, cria as Áreas de Planejamento (AP) com o intuito de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas cinco grandes AP, que se subdividem e formam dez AP, constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros. Cada AP possui estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). As CAP configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços no território e gerenciam as unidades de saúde que integram o SUS no Município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 1993).<sup>40</sup>

Em relação à saúde mental, em cada AP podem ser observadas algumas diferenças. Por exemplo, a AP 1 possui a maior concentração de serviços de rede básica, embora não conte com nenhum CAPS; as AP 1 e 2 contam com profissionais com maior tempo de serviço na rede; a AP 4, seguida das AP 2 e 3 agregam um maior quantitativo de hospitais psiquiátricos, serviços residenciais terapêuticos e CAPS; a AP 5 possui o maior número de profissionais com formação mais recente, admitidos em concursos recentes. Mas, apesar das diferenças, percebe-se que as AP seguem as diretrizes da Secretaria de Saúde, que é o atendimento a casos graves relacionados à clínica da psicose (NUNES, 2009).<sup>39</sup>

Atualmente, o município do Rio de Janeiro dispõe de 19 CAPS próprios distribuídos em sua rede assistencial e credenciados para funcionamento de acordo com a atualização e a classificação estabelecidas na portaria MS/SAS n.º 336 de 2002.<sup>41</sup> Sendo dois CAPS III, onze CAPS II, dois CAPS AD e quatro CAPS I, com cobertura total de 0,30% da cidade do Rio de Janeiro. Até outubro de 2011, o total de pacientes matriculados nesses serviços, foi de 5.642 usuários. Além dos pacientes matriculados, registrou-se o acompanhamento de 960 pessoas que se encontravam em avaliação. Nesse mesmo período foram realizados nos CAPS, 5.387 acolhimentos de primeira vez e 241 acolhimentos noturnos nos dois CAPS III da rede de saúde mental municipal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, RJ 2011).<sup>23</sup> O quadro 1 apresenta os CAPS de acordo com a Área de Planejamento correspondente.

**Quadro 1 – Relação dos CAPS sob gestão municipal e a AP pertencente:**

CAPS	AP	Bairro
CAPS III – Maria do Socorro Santos	2.1	Rocinha
CAPS AD – Mané Garrincha	2.2	Maracanã
CAPS II – Ernesto Nazaré	3.1	Ilha
CAPS II – Fernando Diniz	3.1	Olaria
CAPS III – João Ferreira Filho	3.1	Ramos
CAPS II – Maria Clara Machado	3.2	Piedade
CAPS ad II – Raul Seixas	3.2	Engenho de Dentro
CAPS II – Clarice Lispector	3.2	Encantado
CAPS II – Torquato Neto	3.2	Cachambi
CAPS II – Rubens Corrêa	3.3	Irajá
CAPS II – Linda Batista	3.3	Guadalupe
CAPS II – Eliza Santa Rosa	4.0	Taquara
CAPS II – Arthur Bispo do Rosário	4.0	Taquara
CAPS II – Pequeno Hans	5.1	Jardim Sulacap
CAPS II – Lima Barreto	5.1	Bangu
CAPS II – João de Barro	5.2	Campo Grande
CAPS II – Pedro Pellegrino	5.2	Comari – Campo Grande
CAPS II – Profeta Gentileza	5.2	Inhoaíba – Campo Grande
CAPS II – Simão Bacamarte	5.3	Santa Cruz

A proposta do CAPS no município do Rio de Janeiro busca favorecer a atenção e o cuidado mais qualificado aos portadores de transtornos mentais, acompanhando a clientela considerada mais comprometida em termos psicossociais, seja pela gravidade do quadro clínico, pela cronicidade provocada por longos anos de internação ou pelo risco social. A força motriz para a realização das ações oferecidas por este dispositivo desenvolve-se pela utilização dos recursos comunitários e das políticas intersetoriais (NUNES, 2009).<sup>39</sup>

Segundo Nunes (2009),<sup>39</sup> a utilização dos recursos existentes na comunidade para formar uma rede de atenção ao portador de transtornos mentais constitui um pilar do novo modo de prestar cuidado em saúde mental. O que significa, dentre outras coisas, trabalhar pela interlocução entre os profissionais dos dispositivos de atenção diária e os demais profissionais da rede, fazendo com que estes possam entender as transformações pelas quais vem passando a assistência psicossocial no município. Fato este indispensável para que a rede básica de saúde se fortaleça como um dispositivo de acolhimento e contribua para esse processo de mudança do modelo de atenção em saúde mental que está ocorrendo no município.

Com foco na atenção territorial e comunitária, o município do Rio de Janeiro vem se organizando desde o início da década de 1990 para implantar uma das diretrizes da atual política pública nacional de saúde mental, que é a inclusão das ações de saúde mental na esfera da atenção básica à saúde. Tendo na Ilha de Paquetá a primeira experiência de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, conforme dados da SMS/ GSM (1997),<sup>42</sup> onde já se realizava o acompanhamento dos usuários de saúde mental pelo médico generalista e psicólogos da unidade básica de saúde local, com supervisão de profissionais especializados. Entretanto, essa experiência, local, não representou um direcionamento da política de saúde mental do município do Rio de Janeiro.

Já a área de Planejamento 3.1 foi pioneira ao propor a realização do Fórum ampliado e permanente de saúde mental. Atualmente este fórum se realiza nas demais AP do município do Rio de Janeiro.

Este Fórum surgiu com a finalidade de integrar os serviços de saúde mental da área, de discutir com os profissionais dos diferentes dispositivos de saúde mental quais práticas seriam priorizadas, além de formular estratégias de ação em rede que permitissem a reestruturação da atenção em saúde mental na localidade e que tinham como um de seus objetivos o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica em curso no município do Rio de Janeiro desde 1993.

Desde então, serviços foram implantados e a rede territorial foi sendo tecida e fortalecida. A parceria dos CAPS com a atenção básica vem se consolidando e uma nova perspectiva de cuidado está sendo implantada em todo o município do Rio de Janeiro.

As unidades de referência para acolhimento e acompanhamento de usuários com história de sofrimento mental no município do Rio de Janeiro, de acordo com a

complexidade do serviço, se dividem da seguinte maneira: na atenção primária com os Centros Municipais de Saúde e a Clínica da Família (CF) – serviço com equipe básica composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes contam com o apoio do NASF, que é composto por profissionais das mais diversas áreas de conhecimento; na atenção secundária, destacam-se as Policlínicas e os CAPS, que é um serviço de saúde voltado para um território de referência, dedicado ao cuidado das pessoas com transtornos mentais e suas famílias; na atenção terciária, podemos citar as Emergências Psiquiátricas, serviços com avaliação psiquiátrica 24 horas, que lidam com situações de urgência e emergência psiquiátrica e os Institutos Municipais/Hospitais Psiquiátricos que são serviços para internação com leito psiquiátrico de curta e média permanência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, RJ, 2011).<sup>23</sup>

Entende-se que há a necessidade de maior interlocução entre as estratégias de cuidado e a apropriação do território como elemento organizador das ações no município. Ressalta-se que nenhum serviço ou estratégia tecnopolítica atuando isoladamente é capaz de produzir a mudança do modelo assistencial e, para tanto, é necessária a composição de ações articuladas, a inclusão de diferentes saberes na produção do cuidado, para que dessa forma se potencialize e operacionalize a integralidade da atenção, que é necessária para auxiliar na construção de novos rumos para o campo da atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro. Todavia, o trabalho em saúde mental pressupõe o trabalho em rede e na rede.

Os critérios de inclusão das unidades na pesquisa: foram selecionados todos os CAPS II e III do município do Rio de Janeiro. As Unidades Básicas de Saúde que compuseram o estudo foram indicadas por cada CAPS, tendo como critério se constituir numa UBS no mesmo território de atuação, e que desenvolvesse algum trabalho articulado ao CAPS. Os sujeitos da pesquisa se constituíram em profissionais que atuavam como diretores, coordenadores de CAPS e de unidades básicas de saúde, e que desenvolviam algum tipo de prática de saúde mental no âmbito da atenção básica. A AP 1.0 foi excluída do estudo devido ao fato de não haver CAPS nesta área de planejamento, sendo este o critério de exclusão desta pesquisa.

Sendo assim, foram estudados treze CAPS, sendo dez CAPS II e três CAPS III, pertencentes à administração municipal e distribuídos por quatro áreas de planejamento da

cidade do Rio de Janeiro, além de treze Unidades Básicas de Saúde. Vale ressaltar que estas se constituíram nesse estudo em Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde e Postos de Saúde. Essas se diferenciam em termos de infraestrutura, capacidade instalada, área de abrangência e cobertura populacional.

Foram realizadas 28 entrevistas com informantes considerados estratégicos (diretores dos CAPS, das UBS - postos de saúde e Clínicas da Família), e um gestor da Coordenação municipal de atenção básica e um da saúde mental. Esses foram pensados, pois se acreditava que eles poderiam fornecer subsídios que permitiriam compreender como tem acontecido a inclusão das ações de saúde mental nessa esfera da atenção, quais os principais impasses e desafios dessa nova modalidade de atenção. Além de possibilitar uma maior apreensão do que tem sido pensado, planejado e executado pelo gestor e pelos profissionais nesse nível de atenção à saúde mental. A seleção dos informantes chave se deu em função de acreditar que a seleção dos diretores das unidades seria uma oportunidade de se ouvir muitas vozes.

A seleção dos atores entrevistados foi pensada com o objetivo de apreender a realidade da implantação das ações de saúde mental na atenção básica no município do Rio de Janeiro. Acreditava-se que estes sujeitos poderiam auxiliar no desenho da conformação das estratégias de implantação, bem como delinear os principais impasses e desafios e apresentar os resultados dessa modalidade de atenção tanto no nível da macropolítica quanto da micropolítica do cuidado.

Todos os profissionais possuíam graduação na área da saúde e a distribuição por categoria profissional foi de 4% assistentes sociais, 28% enfermeiros, 4% fonoaudiólogos, 14% médicos, 4% nutricionistas, 28% psicólogos e 18% de terapeutas ocupacionais. A faixa etária dos entrevistados variou entre 25 e 66 anos. Foram representadas 90% das áreas de planejamento do município.

## **2.5 Análise do Material**

A última etapa relacionou-se à análise dos dados. A Análise de Conteúdo foi adotada como referencial de análise. Segundo Bardin<sup>43</sup> (2011), este tipo de método refere-

se à análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A situação apresentada é a de uma visão interpretativa da realidade expressa pelo olhar dos entrevistados. Isso tem se consagrado na pesquisa qualitativa, pautada na teoria das representações sociais e na teoria da ação, buscando compreender a realidade pela percepção dos entrevistados presente em seus discursos.

Foram realizadas as três fases fundamentais da análise de conteúdo propostas por Bardin<sup>43</sup> (2011): pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

- A pré-análise: o material foi organizado de forma a facilitar o entendimento do fenômeno com a definição da temática central do estudo. Foram realizadas leituras flutuantes, escolha dos documentos e formulação de pressupostos. Todas as entrevistas, autorizadas pelos participantes, foram registradas em gravações de áudio e transcritas na íntegra. Para o tratamento dos dados a técnica da análise temática foi utilizada.

Para Downe-Wamboldt<sup>44</sup> (1992) a seleção das unidades de análise é uma das mais importantes e básicas decisões do pesquisador, sobretudo nos estudos qualitativos, nos quais as questões que necessitam ser respondidas orientam o investigador. Existem diversos recortes que podem ser utilizados, sendo na análise temática, mais frequentemente utilizadas as sentenças, parágrafos ou frases como unidades de análise do tema.

Os recortes do texto, que são evidenciados nas unidades de análise temática, são obtidos a partir de um processo dinâmico e pautados na explicitação do texto ou por significações implícitas no contexto. De fato, há uma dificuldade na delimitação dos motivos de escolha dos fragmentos, sem que com isso tenha uma tendência na escolha das partes, uma vez que o material pesquisado deve ter uma relação de interdependência com o pesquisador. Para que tal fato não ocorresse, os pressupostos e as questões norteadoras foram utilizadas como balizadoras das escolhas da pesquisadora. De certo, escolher entre uma ou outra unidade temática é uma conjunção de interdependência e, neste momento, ir e vir entre a intuição da pesquisadora, os objetivos do trabalho e as teorias da literatura traz à tona as unidades de análise que serão categorizadas posteriormente (CAMPOS, 2004).<sup>45</sup>

Desta forma, partindo-se das qualificações e temas determinados, foram definidas suas dimensões, seguiu-se um agrupamento das unidades de análise de acordo com critérios

teóricos e empíricos e os pressupostos formulados: integralidade, equidade, acesso, território e rede.

- A exploração do material: nesta etapa, o material organizado foi categorizado com mais detalhe e analisado, buscando-se uma síntese das ideias, orientada pelo pressuposto e referencial teórico deste trabalho. Foram realizados recortes em unidades de contexto e de registro; realizou-se também a categorização, no qual os requisitos utilizados foram a pertinência e a fidelidade ao conteúdo das entrevistas.

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa foi realizada a análise propriamente dita dos dados. Por meio de reflexões e intuições foram estabelecidas relações das ideias com a realidade estudada.

O tratamento e a análise dos dados empíricos constituíram-se em uma etapa importante da pesquisa e permitiram inferências sobre a realidade objetiva e concreta dos serviços e possibilitaram melhor apreensão do processo de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica em serviços do município do Rio de Janeiro.

O sistema categorial elaborado a partir do referencial teórico deste estudo é constituído de cinco unidades de análise, chamadas aqui de eixos analíticos: integralidade, equidade, acesso, território e rede. Estes foram selecionados por serem considerados eixos-ferramentas para se operar a inclusão das práticas de saúde mental na atenção básica. Considera-se que sem a adoção desses cinco eixos conceituais não é possível desenvolver essa estratégia de cuidado.

A integralidade expressa as formas de organização dos serviços e das práticas para a implantação do cuidado de saúde mental na atenção básica.

A equidade traz consigo uma ideia cara à Atenção Psicossocial que é a da singularidade. Possibilita o cuidado a cada pessoa, respeitando a diversidade e a pluralidade dos sujeitos.

O acesso foi pensado em suas diferentes dimensões. Ter o acesso como eixo norteador amplia as possibilidades para o exercício de um cuidado o mais próximo possível dos usuários e menos especializado.

O território é o lócus privilegiado das ações e serviços de saúde. A lógica do território é que move as práticas de saúde mental na atenção básica. A atuação no território de vida das pessoas possibilita rupturas no sentido da desmistificação da loucura.



Por fim, a noção de rede é trabalhada como unidade de análise, pois a Atenção Psicossocial impele para o trabalho em rede intersetorial.

## **CAPÍTULO 3**

# **NOVOS SENTIDOS PARA A CLÍNICA EM SAÚDE MENTAL: OUTRAS POSSIBILIDADES DE FAZER SAÚDE POR MEIO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Nos últimos 20 anos, a consolidação do SUS tem enfrentado diversos desafios. Dentre eles, destaca-se a necessidade de operar com um imaginário social que crê que tudo que é público não é bom, além de desenvolver a capacidade de construir políticas que efetivamente produzam efeito na vida das pessoas, traduzindo-se em um viver melhor (MERHY; ONOCKO, 2002).<sup>46</sup>

Sobre o desenvolvimento de políticas inscritas na produção de novos efeitos sobre uma vida com mais autonomia, podemos incluir o exercício da clínica, ou seja, operar também no modo de fazer saúde. Modos e formas de produzir saúde e tratar a doença.

A clínica é bem antiga, sua história remonta à Grécia; mas ela passa a ser consagrada, do modo como a entendemos hoje, a partir do século XVIII (FOUCAULT, 2001).<sup>47</sup> Um modo de tratar a doença, a partir do olhar sobre a própria doença. Uma forma exhaustiva de descrição do que é visível, organizando os elementos em uma estrutura de elementos enunciáveis sobre as manifestações no corpo.

Desta forma, empregamos um trabalho de reconhecimento da doença e não de conhecimento, pois o que é realizado é a descrição de sinais que são encontrados sobre o corpo e agrupados em conjuntos de acordo com sua semelhança, em uma ordem combinatória, em que o centro é o raciocínio lógico dedutivo da doença. O interessante é perceber que parte-se da investigação da doença para chegar ao diagnóstico da própria doença.

A clínica de investigar a doença torna-se limitada diante dos desafios postos pela implantação do SUS, ao mesmo tempo em que é preciso ultrapassar o imaginário clínico e social da doença que, ao partir da doença, subtrai deste processo o sujeito. Nesta dinâmica, a doença se torna o centro do fazer clínico e o sujeito passa a ser um depositário de sinais e sintomas da doença.

Pensar um fazer clínico que inclua o sujeito é um modo de construir possibilidades de operar sobre o imaginário social a partir de uma perspectiva de coprodução. Neste

cenário, identificamos nos últimos anos diferentes modos de operar a clínica que não implicam a exclusão do sujeito deste processo. Um exercício que “produza um modo diferente de ‘fazer saúde’, que implique a possibilidade de forjar novos processos de produção de saúde de sujeitos sociais [...]” (MERHY; ONOCKO, 2002, p. 13).<sup>46</sup>

O campo da saúde mental tem enfrentado este desafio articulado à uma prática que ultrapassa o ambiente hospitalar e avança para a Rede Básica, com diferentes possibilidades de construir uma prática centrada no sujeito.

### **3.1 Elementos para uma clínica do sujeito**

Alguns modos de se fazer saúde, como apontam Passos e Barros (2000),<sup>48</sup> consideram a clínica como um Campo devido a sua potência de se criar e recriar a cada instante. Um movimento contínuo, iniciado quando o profissional de saúde encontra o usuário dentro, às margens ou fora dos serviços de saúde. Uma clínica que não se restringe a olhar a doença e avança na centralidade dos sujeitos que estão na prática, criando e recriando. Um processo que cria um desvio, algo que busca romper com um comportamento, hábito, atitude que impede e bloqueia o fluxo da vida.

Para estes autores, a clínica ocorre quando, na relação entre profissional e usuário, se produz o desvio. Assim, ultrapassa o movimento de inclinar-se sobre o leito dos doentes, oriunda do sentido epistemológico da palavra de origem grega *klinikos* (relacionada ao leito, repouso, inclinar). A clínica, como experiência do desvio, passa a acontecer a partir de uma atitude de acolhimento de quem demanda tratamento.

O ato de acolher a demanda daquele que busca o serviço de saúde implica o reconhecimento de que esta clínica necessariamente é marcada por um espaço utópico e um tempo intempestivo, que se entrelaçam pela característica comum da instabilidade. Segundo estes autores, esta clínica não pode ser acusada de adaptacionista, utilitária e ortopédica, pois não é dada a priori, “não está nem completamente aqui nem completamente agora”.

Por outro lado, a atitude de acolhimento da “Clínica do Desvio” pode estar relacionada com aquilo que Lobosque<sup>49</sup> (1997) defende como clínica em movimento articulada com tudo que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio

entre homens. Esta clínica considera a possibilidade de prática fora dos espaços convencionais, gerando outras formas de abordagem terapêutica.

Outra denominação de clínica no contexto do SUS é dada por Amarante<sup>50</sup> (2003). Para o autor a clínica relaciona-se à Construção de Possibilidades/Subjetividades. Isto significa que a clínica deve ser pluridimensional, ou seja, durante o encontro com o usuário, outras dimensões da vida devem ser consideradas na elaboração do plano terapêutico. O autor chama a atenção para o caráter colonizador que a clínica pode produzir na vida, quando ultrapassa o limite de ser uma construção de possibilidade e se torna central no cotidiano do usuário. É preciso colocar a clínica a serviço do viver a própria vida.

A Clínica do Encontro, segundo Cunha<sup>51</sup> (2005), dá-se a partir do encontro entre profissionais de saúde e usuários. Apesar de todas as proteções institucionais a clínica efetivamente é um encontro entre dois sujeitos singulares. O encontro destas singularidades se coloca em coprodução, produção conjunta, operando novos sujeitos, considerando a existência da patologia, das desigualdades sociais, étnicas, de gênero e qualquer outro fator associado ao adoecimento, mas traz como diferencial a negação de qualquer predominância a priori.

Ainda a respeito da Clínica do Encontro, Lancetti<sup>52</sup> (2006) acrescenta que a partir do encontro se dá a força afetiva que operacionaliza a clínica. Segundo o autor, o ato clínico se dá a partir de uma relação de forças ou poder pertencente a uma organização sanitária e força afetiva, poder de afetar e ser afetado. Sujeitos que interagem e rompem com o modo tradicional da clínica do século XVIII. O sujeito na centralidade do ato clínico.

Ao trazer o sujeito ao protagonismo da cena, a doença é colocada em suspensão no ato clínico e, segundo Campos<sup>53</sup> (2003), podemos identificar aí a Clínica do Sujeito. Neste tipo de clínica, o olhar volta-se para a doença do doente concreto. Este tipo de clínica demanda trabalho em equipe e as organizações de saúde devem adotar uma cultura de comunicação entre os diferentes profissionais que estão envolvidos neste movimento.

A comunicação constitui um dos elementos essenciais no processo de criação, transmissão e cristalização do universo simbólico de uma organização (FLEURY, 1996).<sup>54</sup> De um modo geral, a linguagem é considerada um elemento aglutinador, que permite ao sujeito emitir sentenças representativas a respeito das coisas; sentenças apelativas, que visam emitir solicitações a outras pessoas, e sentenças expressas, que tornam conhecidas as experiências pessoais.

### 3.2 A clínica, a saúde mental e a rede básica

Neste movimento de produção de novas maneiras de se fazer saúde é que se encontra o exercício de criar uma clínica na qual seja possível a adoção de conceitos como vínculo, acolhimento e integralidade da atenção. Nesta tentativa de adjetivar esta clínica, enchendo-a de significados, é que se encontram as diferentes denominações aqui apresentadas.

Mas qual seria a clínica que exercida no território da atenção básica contemplasse as necessidades da saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica?

A clínica inventada com a inclusão das ações da saúde mental na atenção básica aproxima-se da clínica definida por Amarante como “criadora de possibilidades, produtora de sociabilidades e subjetividades” (AMARANTE, 2003, p.50).<sup>50</sup> Ou ainda, com a concepção de uma clínica antimanicomial, que convida o sujeito a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social (LOBOSQUE, 1997).<sup>49</sup> Também poderíamos denominá-la clínica da desinstitucionalização, visto que pretende romper com saberes e práticas do campo, além de ir à institucionalização de pessoas, saberes e práticas.

Consideramos esta, também, como uma clínica ampliada e transformadora, pois permite e impele os profissionais a estarem cada vez mais inseridos na comunidade; assim, começam a se integrar a uma nova rede – na qual estes indivíduos estão inseridos – não somente a uma rede de serviços, mas sim, a redes de convivência, de apoio e de solidariedade.

Além disso, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica permite contato direto e estreito com as necessidades de saúde dessa clientela, visto que uma das principais características dessa prática é a de que não segrega, não agrupa as pessoas pelo seu diagnóstico, como faz ainda o hospital psiquiátrico e, de certa forma, os CAPS, ainda que inseridos no território. Eis aí um grande desafio para os profissionais de saúde mental: cuidar sem segregar.

De acordo com Pinto<sup>55</sup> (2007), os profissionais ao trabalharem na comunidade, tecendo redes de apoio e inseridos na realidade local, ao cuidar das pessoas com sofrimento psíquico e de suas famílias, podem estimular reflexões sobre suas condições de vida e, ao

mesmo tempo, estimular a população a participar de forma mais ativa no planejamento das ações em saúde de seu território. Essa nova clínica incita a adoção de práticas de atenção que visam a uma transformação social, possibilitando à comunidade lidar de outras maneiras com a loucura, com a diferença.

Lancetti<sup>56</sup> (2008: 112), ao propor uma nova configuração da clínica, afirma a importância de “estar presente em movimento, pôr as pessoas de pé, desterritorializar o contexto e o setting, habitar o limite e a tensão, eis aí uma reversão nos hábitos clínicos consagrados”.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica adquire características de uma clínica inovadora, já que nos provoca a criar a cada dia, a cada encontro, novos modos de promoção da saúde mental na comunidade, produzindo novas tecnologias e respostas para o cuidado dos portadores de sofrimento psíquico. A clínica praticada na atenção básica tem um potencial para o trabalho transdisciplinar, (PASSOS; BARROS, 2000),<sup>48</sup> visto que os saberes são constantemente questionados, gerando colaboração e muitas vezes desestabilização, propiciando o surgimento e a convivência com as diferenças. Para Pereira (2007),<sup>57</sup> essa articulação tem se mostrado promissora na aquisição de novas habilidades e competências por parte dos profissionais que atuam no campo da atenção básica, influenciando positivamente nos cuidados e ações oferecidos à população, além de contribuir para a redução do estigma relacionado à loucura.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica caracteriza-se como uma nova maneira de buscar formas coletivas de lidar com questões do sofrimento psíquico, buscando a criação e consolidação das redes existentes no território. Algumas atividades que podem ser realizadas em conjunto, quando se trabalha de forma articulada e integrada, facilitam o desenrolar de uma clínica comprometida com as pessoas, como, por exemplo, a discussão de situações e intervenções de forma conjunta, a corresponsabilização pela saúde do outro, a realização de grupos e oficinas terapêuticas para as pessoas que frequentam as unidades de saúde independente de seu diagnóstico, a maior aproximação com a comunidade, possibilitando trocas de experiências, e, principalmente, a criação e potencialização dos recursos locais.

Ao final, podemos identificar alguns princípios e conceitos que norteiam essa nova clínica. Dentre eles destacamos: equidade, integralidade, território, responsabilização, acolhimento e rede. A saúde mental tem adotado o termo integralidade, na maioria das

vezes, para compreender o indivíduo como um sujeito integral, que possui necessidades diferentes e em momentos diferentes. A noção de integralidade, segundo Furtado e Tanaka<sup>58</sup> (1998), extrapola o conceito jurídico-institucional, pois a assistência integral envolve cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual; e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade.

De acordo com Pinto<sup>55</sup> (2007), esta proposta de atenção vincula-se diretamente ao conceito de território. Saraceno<sup>59</sup> (1999) instiga-nos a buscarmos os recursos escondidos na comunidade para melhor desempenho das ações de saúde mental no território. Com a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, é possível desvelar esses recursos e ativá-los, promovendo a ampliação dos espaços de circulação das pessoas em sofrimento psíquico.

Consideramos que o território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas. Os serviços que trabalham na perspectiva do território desenvolvem papel ativo na promoção da saúde mental.

Outra questão relacionada à territorialidade das ações está atrelada à acessibilidade das ações e serviços de saúde. Para Saraceno<sup>59</sup> (1999), esse conceito está relacionado a questões geográficas (local, fluxo viário, barreiras físicas), a períodos e formas de funcionamento (serviço único ou integrado) e a uma gama de atividades desenvolvidas (assistência, reinserção, lazer, trabalho, hospitalidade, entre outras).

A responsabilização pela clientela atendida é também um princípio norteador dos novos modos de atenção em saúde mental em construção. Segundo Dell'Acqua e Mezzina<sup>60</sup> (1991), os serviços de saúde mental devem responsabilizar-se por toda a sua área de abrangência e atuar na promoção da saúde da população adscrita.

No entanto, essa tarefa não pode estar restrita aos serviços de saúde mental, deve haver uma articulação entre os segmentos sociais que compõem a rede, a fim de promover melhora nas condições de saúde e de vida das pessoas.

Para Amarante<sup>61</sup> (1996), é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença, faz-se necessário promover mudanças em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas.

Esta proposta está pautada no acolhimento que, em acordo com Mendes<sup>62</sup> (2002), poderíamos compreender como uma atitude que exige uma escuta qualificada dos problemas da clientela, e conseqüentemente, a criação de vínculos entre a equipe e a população.

De forma criativa, a prática clínica coloca em suspensão a doença e investe no estabelecimento de vínculo entre sujeito e usuário, sendo, desta forma, a argamassa necessária para a construção de um novo processo de produção da clínica.

A diversidade de propostas e de estratégias de cuidado exercida por diferentes atores e em diferentes espaços são nomeadas de maneiras distintas, sendo conhecidas como: clínica do sujeito, clínica do encontro, clínica ampliada, clínica peripatética. Vale ressaltar que todas essas denominações das diferentes clínicas exercidas no cuidado em saúde mental rompem com a lógica de clínica centrada no profissional e ou no serviço, estabelecem ruptura com o modelo tradicional de assistência e apostam num outro olhar sobre os sujeitos, os profissionais e os serviços.

### **3.3 Reorientação das práticas de atenção em Saúde Mental na Atenção Básica**

O campo da saúde mental tem passado por muitas transformações nas últimas décadas. Esta que prioritariamente adotava práticas segregadoras e excludentes, questiona o modelo instituído e desenvolve práticas pautadas nos princípios da responsabilização, na territorialidade e na inserção nas redes sociais. De acordo com Amarante<sup>63</sup>:

“No campo prático, passa -se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização [...], de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas.” (AMARANTE, 1994:81)<sup>63</sup>

Até a década de 1970, o modelo assistencial era pautado exclusivamente em práticas asilares e centradas no hospital, o que acarretava a cronificação, isolamento e



estigmatização da clientela portadora de sofrimento psíquico. Devido às críticas em relação à ineficácia deste modelo assistencial cronicante, algumas iniciativas da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde, dentro da concepção dos Sistemas Locais de Saúde, preconizaram a assistência ambulatorial; bem como experiências localizadas na Itália, começam a ser difundidas e chegam ao Brasil, iniciando um amplo processo de reformulação do dispositivo psiquiátrico. A partir de então, é deflagrado um movimento para a busca de alternativas assistenciais extra-hospitalares. Os ambulatórios públicos são exemplos dessa primeira tentativa de reorientação da assistência, ainda que pouco exitosa.

Um dos objetivos que impulsionaram a criação dos ambulatórios refere-se à diminuição das internações hospitalares, de forma a captar a população egressa dos hospitais e evitar os altos índices de reinternação. Entretanto, esta experiência conduziu à criação de uma nova demanda, distinta da hospitalar, psiquiatrizando e psicologizando problemas da vida cotidiana. É necessário destacar que a política dos ambulatórios adotada não representou uma tentativa de inversão do modelo assistencial e nem mudança paradigmática, no sentido de romper com os pressupostos da psiquiatria clássica (SOUZA, 2004).<sup>21</sup>

Atualmente temos assistido à tentativa de desconstrução do modelo assistencial tradicional no campo da saúde, caracterizado pelo atendimento à demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo e de baixa resolutividade. Simultaneamente, temos participado da construção e consolidação de outros modos de se pensar e agir em saúde, que consideram, sobretudo, a clínica do sujeito (CAMPOS, 2003),<sup>53</sup> isto é, que incluem além da doença, o contexto e o próprio sujeito.

Para tanto, têm-se desenvolvido práticas integrais em saúde, que vislumbram a adoção de ações mais acolhedoras e vinculantes, nas quais a noção de corresponsabilização pela saúde do usuário permeie o cotidiano dos serviços. Amplia-se, desta forma, a concepção do processo de saúde e doença, implicando a elaboração de novos modos de atenção em saúde que contemplem essa perspectiva mais ampliada (COSTA-ROSA, 2000).<sup>64</sup>

Simultaneamente a este processo, a assistência psiquiátrica no Brasil vem passando por profundas transformações, principalmente nas duas últimas décadas. A partir do Sistema Único de Saúde observa-se um deslocamento do foco das ações do eixo hospitalar

para o eixo territorial, por meio de Portarias Ministeriais e, principalmente, após a aprovação da lei 10.216 em 2001.<sup>65</sup>

A assistência psiquiátrica, que era pautada na exclusão, na segregação e na adoção de práticas não terapêuticas, mas legitimadas como possibilidade de uma melhor atenção, passa a adotar em seu cotidiano um estatuto ético, consolidado por meio da participação de diferentes atores sociais. Inicia-se um questionamento quanto ao modelo instituído e suas práticas vigentes – enfim, coloca-se a instituição psiquiátrica em questão. Procura-se, então, desenvolver práticas pautadas na responsabilização, na territorialidade das ações e na utilização das redes sociais já existentes na comunidade.

O movimento de Reforma Psiquiátrica consiste numa luta contra a segregação, a violência, a discriminação e a exclusão, apontando para uma transformação social. Esta pode ser considerada, sobretudo, uma reforma existencial, outra forma de olhar, escutar e cuidar da loucura.

De acordo com Amarante e Giovanella<sup>66</sup> (1998: 87) “esse movimento consiste num processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. É, portanto, um processo de ruptura do saber psiquiátrico no lidar com a loucura, de rompimento com conceitos e com o aparato que se montou em torno da loucura.

A Reforma Psiquiátrica constitui-se então, num processo constante de transformações nos campos assistencial, cultural e conceitual. Objetiva não só o fim dos manicômios, mas a transformação da sociedade. Yasui<sup>67</sup> (2010) afirma que não se trata somente de um questionamento acerca de conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma racionalidade científica duvidosa, e sim da construção de novos paradigmas.

Para que tenhamos práticas de cuidado e não de exclusão, faz-se necessário solidificar experiências inovadoras, viabilizar dispositivos capazes de operar mudanças no campo, produzir novas formas de cuidado e construir novas possibilidades de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico.

É fundamental investir cada vez mais em práticas de atenção que apontem para a superação do modelo asilar, já que atualmente o redirecionamento das práticas de atenção

em saúde mental passa pela implantação de serviços que funcionem segundo a lógica do território, conforme a Portaria nº 336/GM, BRASIL, 2002).<sup>41</sup>

Em meio a esse movimento, construiu-se um discurso quase hegemônico entre os profissionais que atuam no campo da Atenção Psicossocial, de se pensar que as ações de saúde mental devam ocorrer prioritariamente fora do hospital psiquiátrico. No entanto, é preciso substituir não só os hospitais psiquiátricos, mas, sobretudo a lógica do modelo hospitalar.

Os serviços devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania (III CNSM, 2002: 38).<sup>20</sup>

A efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de des-hospitalização – substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal nº 10.216/01 (BRASIL, 2001).<sup>65</sup>

Entre os desdobramentos da reforma psiquiátrica, merece destaque a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, os quais resultam de um processo histórico de luta pela democratização da saúde no Brasil e busca de superação do modelo de atenção ao doente mental, pautado na exclusão social e cronificação da doença (AMARANTE, 1997).<sup>68</sup>

Em 1987, foi criado o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, situado na capital paulista. Ressalta-se que esse serviço surge no momento onde se visava à implantação de serviços com caráter extra-hospitalar (FREIRE, 2004).<sup>69</sup>

O termo CAPS é uma denominação advinda de Manágua na Nicarágua, 1986. Tal novidade inspirava-se em profissionais que se valiam de práticas criativas de reabilitação de pessoas excluídas do contexto social, por apresentarem algum transtorno mental. Mesmo com a precariedade de recursos materiais, os profissionais continuaram cuidando com responsabilidade das pessoas com problemas mentais severos (PITTA, 1994).<sup>70</sup>

Os primeiros CAPS implantados no país consistiam em estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização e a vida comunitária, eram responsáveis pelo cuidado às pessoas com transtornos mentais vindos de internações psiquiátricas; encaminhados de centros de saúde, de pronto atendimento, de ambulatórios e de hospitais gerais (PITTA, 1994).<sup>70</sup> Essa perspectiva inicial tornava a capacidade de intervenção do CAPS limitada. Diferentemente, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) definem sua capacidade pela meta a atingir cobertura da população adscrita e pela tomada de responsabilidade pelo território.

Sendo assim, consideramos ter havido avanços na concepção do CAPS: inicialmente, se trabalhava com a ideia de serviço intermediário. Ele tinha elementos importantes, porém não se preocupava em promover intervenção na cultura, no território. Concepções essas trabalhadas pelos NAPS em Santos.

A atuação dos NAPS envolvia a participação de vários serviços, com competência regionalizada e integração de rede e já utilizava a concepção de atenção psicossocial. Em contrapartida, ao contrário do CAPS, a proposta dos NAPS voltava-se para um atendimento integral, funcionando 24 horas. Tal modalidade de atendimento era determinada pela importância do atendimento durante a crise, entendendo que não existe uma hora específica para uma pessoa entrar em crise. Com esse modo de atender, o serviço assumiu a responsabilidade pela atenção à demanda de saúde mental da comunidade, no território. Outra característica do serviço, era a de que este não se restringia somente aos usuários psicóticos e neuróticos graves, atendia toda a demanda que o solicitasse e dessa forma assume um caráter de acessibilidade (FREIRE, 2004).<sup>69</sup>

Tanto os CAPS quanto os NAPS eram orientados a desenvolver tecnologias que visavam ao respeito aos usuários, valorização dos direitos de cidadania e diferenciam-se do modelo manicomial excludente (ALMEIDA, 2002).<sup>71</sup>

Silva<sup>72</sup> (2005) entende que para dar sentido na organização de serviços e na clínica, é preciso vencer o modelo da demanda espontânea, presente na clínica de consultórios e serviços privados, e utilizar noções de cobertura assistencial e referência domiciliar. A noção da substituição da lógica dos serviços privados por uma lógica de serviços públicos, diz respeito à tomada de responsabilidade pelo território, que é uma diretriz da reforma psiquiátrica brasileira.

Relações mais democráticas, assembleias nos serviços e a contínua rediscução das relações institucionais, foram algumas das contribuições das experiências anteriores das reformas do modelo tradicional. Todavia, a grande influência em relação ao modelo assistencial diz respeito à Psiquiatria Democrática Italiana. Dentre os novos conceitos, podemos citar a organização de serviços e as noções de territorialização, a tomada de responsabilidade e os questionamentos do mandato social da psiquiatria (GULJOR, 2003).<sup>73</sup>

Quando pensamos em consolidação dos CAPS nos remetemos, entre outros marcos, à aprovação da Lei n.º 10.216<sup>65</sup> da Reforma Psiquiátrica e a Portaria n.º 189/02,<sup>74</sup> que atualizam a Portaria n.º 224/92<sup>7,5</sup>, além da III Conferência Nacional de Saúde Mental,<sup>20</sup> realizada em 2001, que consolida os novos moldes de atenção em Saúde Mental em detrimento dos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, os CAPS se destacam no cenário das novas práticas em saúde mental no Brasil, apresentando-se como dispositivos estratégicos para a mudança do modelo hospitalar.

Freire (2004)<sup>69</sup> entende que a reorientação do modelo de atenção em saúde mental possibilita a formação de novos serviços; não somente serviços extra-hospitalares, mas serviços que apresentam funções que ultrapassam os campos da medicalização, da assistência e do atendimento à doença; sobretudo, a produção de novas intervenções sociais e novas concepções do cuidar na loucura. Destacam-se entre esses serviços, os CAPS, que têm como característica principal o caráter substitutivo de base territorial, ou seja, consiste na assistência no território.

Os CAPS têm como um de seus princípios a responsabilização pela clientela atendida, funcionando como um lugar de referência para seus usuários, bem como promovendo o restabelecimento de laços sociais enfraquecidos por longos períodos de hospitalização, e a construção de uma rede de vínculos composta por outros membros da vida social. Nesse âmbito, percebe-se que os serviços de caráter substitutivo desempenhariam dupla função em relação à formação de redes sociais. Quando se pensa no CAPS como um local de passagem, este é capaz de aumentar o poder contratual de seus usuários de forma que sejam capazes de gerar normas para suas vidas e entendendo que esse usuário utilize cada vez mais os serviços (TYKANORI, 1996).<sup>76</sup>

O CAPS, entendido como um serviço substitutivo, deve se valer de estratégias e recursos existentes no território, procurando não se centrar exclusivamente nas próprias

atividades ou ações do serviço, o que favorecerá o exercício da autonomia dos usuários, impedindo a produção de uma nova cronicidade do sistema de saúde mental (AMARANTE; PANDE, 2011).<sup>77</sup>

A Portaria n.º 336/GM<sup>41</sup> define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Entende-se que esse documento é fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental (BRASIL, 2002).<sup>41</sup>

O perfil populacional é considerado um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades. Entende-se que o critério populacional deve ser compreendido como um orientador do planejamento das ações de saúde. O gestor local, articulado com os outros setores de gestão do SUS, é quem tem a condição mais adequada para definir equipamentos que melhor atendam às demandas de saúde mental do seu município (BRASIL, 2005).<sup>78</sup>

De acordo com Merhy<sup>79</sup> (2007), o fato de os CAPS serem entendidos como equipamentos de saúde, que visam à produção de intervenções em saúde mental, que se pautam pelo direito do usuário de ir e vir e deste, desejar o cuidado; pela oferta do acolhimento na crise; pelo atendimento clínico individual ou coletivo dos usuários; construção de vínculos e referências para o usuário e seu cuidador e familiares; matriciamento com outros setores do sistema de saúde e geração de redes de reabilitação psicossocial, os tornam ao mesmo tempo, dispositivos onde há uma nítida pressão entre novas práticas e velhos hábitos, além de ser um lugar de melhorias reais na construção de formas sociais que visam tratar e cuidar a loucura. Ainda em relação ao CAPS, o autor afirma que enquanto seguirmos modelos fechados, eliminamos a sua multiplicidade e deixamos de aproveitar um fazer coletivo solidário e experimental.

Entende-se como serviço substitutivo, o serviço capaz de superar o manicômio, enquanto espaço de segregação, tutela, isolamento. Todavia, algumas características fundamentais do serviço como tomada de responsabilidade, territorialidade, atendimento a crise, acessibilidade, acolhimento, integralidade das ações o tornam peculiar, dispensando a coexistência do hospital psiquiátrico (FREIRE, 2004).<sup>69</sup>

A noção de atenção psicossocial envolve uma abordagem ampliada de cuidado em saúde mental. O que reflete na sua composição com diferentes disciplinas do conhecimento

e traz a inclusão do usuário, o que se traduz em importantes mudanças em sua orientação. Com isso, ao se pensar na transformação do modelo assistencial, identificamos mudanças de referenciais e estas não são apenas referentes à ação técnica, mas sim, uma desconstrução de valores entre os múltiplos atores envolvidos na atenção psicossocial. Esta é identificada na elaboração de um *modus operandi* que presume uma mudança de papéis, principalmente nas práticas dos profissionais envolvidos no cuidado ao usuário (GULJOR, 2003).<sup>73</sup>

Almeida<sup>71</sup> (2002) entende que os CAPS precisam articular-se a rede de saúde a fim de garantir referência aos usuários que não necessitam de atenção diária ou aqueles que não a recebem devido a insuficiente oferta de serviços substitutivos, visto que esses serviços fazem parte de um sistema de saúde, cujos pressupostos são integralidade, universalidade de acesso, entre outros. Entende-se que os princípios da Reforma Psiquiátrica pressuporiam a criação de novas modalidades de atenção à loucura como um dispositivo de transformação social, capaz de desconstruir um *modus operandi*, ou seja, um modo de agir produzido de lidar com a diferença.

Uma rede bem articulada entre serviços de saúde mental, serviços próprios de urgência e emergência, e equipes locais de saúde, é essencial para que não se retomem princípios da assistência manicomial. A melhor solução encontrada é aquela que se baseia na rede necessária, uma rede local ou na região, que dá conta dos casos de urgência e emergência e que não gere exclusão e segregação, e sim, garanta uma intervenção terapêutica e trabalhos intersetoriais inclusivos que consiga impedir a manicomialização e ao mesmo tempo não negue a necessidade de gerar alívios nos familiares (MERHY, 2007).<sup>79</sup>

A rede toma para si um modo de compartilhar os recursos e estes contemplam a continuidade e complementariedade necessárias. É nesse cenário que pensamos numa estratégia resolutiva de cuidados que contemple necessidades múltiplas, ou seja, de ordem afetiva (amor, família, amizade, reciprocidade); material (renda, moradia, comida, trabalho, cultura, lazer); clínica (psiquiátricas, psicológicas, psicossociais) e estas necessitam cada vez mais de ações solidárias de governos e principalmente ações dos familiares (PITTA, 2001).<sup>80</sup>

Entende-se que a construção de uma rede comunitária de cuidados é indispensável para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços

substitutivos ao hospital psiquiátrico é importante para a constituição de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Uma rede se institui na medida em que são continuamente articuladas com outras instituições, associações, cooperativas e diferentes espaços nas cidades. Portanto, para a construção dessa rede é necessário que haja um movimento direcionado a outros espaços da cidade, em busca do respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais e para a construção desta rede, a noção de território, é um critério orientador (BRASIL, 2005).<sup>78</sup>

Compreende-se por território não apenas uma área geográfica, mas sim, pessoas, instituições, redes, é o cenário onde se dá a vida comunitária. Trabalhar na comunidade é trabalhar com componentes, saberes, demandas e potencialidades dos recursos da comunidade, coletivamente construindo soluções, é a multiplicidade de trocas entre os sujeitos e os cuidados em saúde mental. É a partir da ideia do território como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve ser orientada as ações dos serviços (BRASIL, 2005).<sup>78</sup>

Quando dizemos que o CAPS é um dispositivo da Atenção Psicossocial é porque entendemos que o cuidado se dá entre o individual e o coletivo. É a partir dessa experiência (cuidado entre individual e coletivo) que o movimento da reforma psiquiátrica fez a sua aposta e é aí que os serviços substitutivos devem afinar os seus dispositivos de intervenção (PASSOS, 2004).<sup>81</sup>

No cotidiano dos serviços substitutivos, promovem-se modos de produção, estes, não são apenas modos de produção de bens de consumo, como nas oficinas de geração de renda, mas sim, modos de produção de experiência coletiva, que acontecem durante as assembleias, associações e grupos terapêuticos; modos de produção de outras relações entre a loucura e a cidade, ou seja, dispositivos residenciais, a luta pelo passe livre; além dos modos de produção de outras formas de expressão da loucura, como as oficinas expressivas, as rádios e tevês comunitárias (PASSOS, 2004).<sup>81</sup>

Os CAPS, diferentemente de todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a política pública nacional de saúde mental. É a partir desses serviços que surge a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. (BRASIL, 2005).<sup>78</sup>



De acordo com Yasui (2010),<sup>67</sup> o CAPS é uma estratégia que produz rupturas com o modelo tradicional de assistência na saúde mental:

O CAPS deve ser entendido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, que rompe com o paradigma psiquiátrico tradicional, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, envolvendo todos os atores na constituição de uma rede de produção de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas e com diferentes segmentos e atores sociais. (Yasui, 2010: 153)<sup>67</sup>

Sendo assim, é fundamental considerarmos o CAPS como uma estratégia de cuidado e não como um serviço, pois apesar de sua configuração ainda é tido como um espaço circunscrito da loucura no âmbito do território.

Quando mudamos o foco e entendemos que devemos tomar como princípio do cuidado, não mais a doença, mas o sofrimento psíquico do sujeito, possibilitamos a associação de outros saberes e práticas ao campo da psiquiatria e saúde mental, de outros sujeitos não pertencentes ao setor da psiquiatria, e novos cenários são produzidos, criando espaços onde o cuidado se desenvolve desestruturando e desinstitucionalizando o modelo manicomial (SCHNEIDER; LIMA, 2011).<sup>82</sup>

Com a reestruturação da assistência psiquiátrica, o profissional deve estar junto à comunidade; deve resgatar e preservar os direitos de cidadania dos usuários; implantar projetos terapêuticos; ter responsabilidade com os usuários, acolhendo-os, e dessa forma viabilizar a criação de vínculo (SANTOS, 2006).<sup>83</sup>

Enquanto articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, os CAPS se colocam numa posição estratégica, se transforma num cenário capaz de promover autonomia, pois articulam os recursos existentes nas diversas redes, ou seja, socio sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais. Entende-se que para promover a inserção social é preciso uma articulação ampla que vise à promoção da vida comunitária e da autonomia do usuário dos serviços, num processo de construção do entendimento comunitário sobre a atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).<sup>78</sup>

De acordo com Costa-Rosa (2000),<sup>64</sup> estamos diante de um confronto entre o modo asilar e o modo de atenção psicossocial. Este propõe o estabelecimento de quatro parâmetros para indicar a adoção do modo psicossocial e as respectivas mudanças

decorrentes de sua adoção, que possibilitam, de fato, perceber a transformação de paradigma e a superação do modo asilar:

- concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com ela: contrapõe-se à ênfase na determinação orgânica do adoecimento e adota o trabalho transdisciplinar, onde possa haver intercessão entre os saberes e práticas;
- concepções da organização das relações institucionais: preconiza-se a horizontalidade nos processos de trabalho e procura-se o desenvolvimento de articulações intersetoriais;
- concepção da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral: propõe o estabelecimento de vínculos, de trocas, o serviço trabalhando para a construção de outros agenciamentos;
- concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos: o modo psicossocial defende a garantia do espaço de circulação, trabalha para a construção de possibilidades, do alcance de maior qualidade de vida e na perspectiva de aumentar a autonomia dos sujeitos para viver a vida.

Esses parâmetros diferem radicalmente daqueles do modelo asilar, no qual se preconiza a supressão dos sintomas, das diferenças – enfim, da vida –, produzindo-se cada vez mais a cronificação das pessoas e a anulação do sujeito. Impede-se a circulação, o diálogo, a existência salutar das diferenças e dos conflitos.

O modo de atenção psicossocial visa ao reposicionamento subjetivo do sujeito, propondo aliviar o sofrimento e auxiliar essas pessoas a construir sentidos para suas vidas de onde estão.

O movimento em prol da Reforma Psiquiátrica defende uma busca por direitos, por acesso, por ampliação de cobertura, o cuidado de uma forma integral, pensando o ser humano em sua complexidade, construindo uma prática de atenção à saúde, que é muito mais que um modelo. A reorientação das práticas de atenção em saúde mental deve estar pautada em uma concepção de saúde, compreendida como processo e não como ausência

de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

Para Yasui<sup>84</sup>, a Reforma Psiquiátrica

“refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, através da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco, o que implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos que são intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença” (YASUI, 2004:142)<sup>84</sup>

Atualmente, percebe-se que a Reforma Psiquiátrica ultrapassou os limites de uma transformação do modelo assistencial em saúde mental, configurando-se como um movimento de transformações jurídico, política e cultural do lugar social atribuído à loucura.

Amarante<sup>50</sup> (2003: 49-53), ao compreender a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, define quatro dimensões que, em se tratando de processo, devem ser trabalhadas de forma simultânea e inter-relacionadas:

- dimensão teórico-conceitual: refere-se ao campo epistemológico, aos conceitos e saberes que respaldam as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde mental;
- dimensão técnico-assistencial: está relacionada aos modos de atenção em saúde mental e aos conceitos e práticas advindos desse paradigma;
- dimensão jurídico-política: propõe discutir questões relacionadas à revisão da legislação sanitária e psiquiátrica, resgatando para a pauta das discussões questões como cidadania, direitos (civis, humanos e sociais), ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade da redefinição das relações sociais até então estabelecidas com a loucura e com o sujeito em sofrimento psíquico;
- dimensão sociocultural: trabalha na perspectiva de transformação do imaginário social acerca da loucura, vislumbrando outro lugar para a loucura e para o sujeito em sofrimento psíquico na sociedade.

Esta última é a dimensão mais difícil de ser alcançada, face toda a história estigmatizante da loucura. Além da relação de dependência do trabalho constante das demais dimensões, de forma integrada e articulada, assegurando no cotidiano da vida outros significantes para a loucura, esta contempla o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, que é promover transformações sociais acerca do imaginário social da loucura.

Trabalhar nessa dimensão implica a construção de outro lugar para a loucura na cidade. Construir novas maneiras de a sociedade lidar com a loucura. Transformar a relação da sociedade com a loucura, com a diferença, é um dos objetivos a serem alcançados pela estratégia de cuidado da saúde mental na atenção básica.

A Reforma Psiquiátrica implica mudanças culturais e sociais radicais nesses quatro campos, e se afirma como movimento social, permitindo avançar e descobrir outros conceitos, práticas e lugares, tanto para os usuários quanto para os técnicos de saúde mental.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica tornou-se premente produzir agenciamentos que conectem as pessoas e as redes trançadas pela organização sanitária, o que Saraceno<sup>50</sup> (1999) chama de recursos escondidos na comunidade. As práticas de Atenção Psicossocial são guiadas pela noção de responsabilização, de vínculo, de comprometimento com a produção de uma atenção em saúde mental, que buscam, no seu cotidiano a integralidade do cuidado e a universalidade da atenção.

No centro da mudança no campo da saúde mental está o desafio de cuidar sem segregar; busca-se transformar o imaginário social, que afirma “que lugar de louco é no hospício”, para uma nova concepção mais inclusiva e acolhedora da diferença. Esses agenciamentos apontam para a construção de outra clínica, onde outros circuitos para a loucura possam ser traçados, trabalhando na perspectiva da desinstitucionalização da loucura, fazendo com que a comunidade se aproprie do cuidado, que por sua vez poderá contar com o suporte da equipe de saúde mental. É possível considerar a articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica como uma necessidade ética, mais humana e acolhedora, de responsabilizar-se e solidarizar-se com o sofrimento do outro.

No processo de Reforma Psiquiátrica em curso, das propostas de desinstitucionalização e Atenção Psicossocial são formulados novos modos e espaços de atenção em saúde mental, sendo fundamental a adoção do pressuposto de ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença e promover mudanças em todo o sistema de

saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas (AMARANTE, 1996).<sup>61</sup>

De acordo com Alves<sup>85</sup> (2001), os novos paradigmas da atenção em saúde mental visam a efetivar uma prática de oferta e inclusão; sendo assim, outros dispositivos são criados (CAPS, SRT, o Programa de Volta para Casa, dentre outros) com o objetivo de substituir as práticas até então adotadas. Com a implantação desses dispositivos considera-se que cada vez mais as práticas em saúde mental se aproximam de um modo de atenção focado no eixo territorial.

Segundo Desviat<sup>86</sup> (1999), é importante reafirmar a necessidade de intervenção na sociedade, pois, é na sociedade que se originam os mecanismos de estigmatização e de exclusão das diferenças. Então, a intervenção na sociedade pode se dar na Atenção Básica, um serviço estratégico para a inversão do modelo assistencial, que possibilita trajetórias outras, não trilhadas anteriormente. Acredita-se que nesse nível de atenção possa ser realizado um acompanhamento qualitativamente distinto, pautado no estabelecimento de vínculos do sujeito em sofrimento psíquico com uma rede de relações sociais facilitadoras da sua inserção na comunidade.

Para tanto, faz-se necessário aperfeiçoar os recursos comunitários disponíveis e realizar uma maior pactuação de ações intersetoriais, a fim de intervir no processo de como o sistema lida com as questões relacionadas à saúde mental.

Mesmo entendendo que o CAPS é um equipamento voltado para o atendimento de usuários com transtornos mentais graves e recorrentes dentro do seu território de responsabilidade, nota-se que no cotidiano de tal serviço esse enunciado apresenta-se de diferentes formas. Observa-se que, embora esses serviços estejam pautados no paradigma psicossocial, tendo seu objeto de trabalho ampliado, as práticas cotidianas dos profissionais desses serviços, é em alguns momentos, a doença mental (SCHNEIDER; LIMA, 2011).<sup>82</sup>

A Reforma Psiquiátrica Brasileira encontrou na implantação do SUS as condições institucionais para seu desenvolvimento. A implantação de políticas públicas ancoradas na ampliação do direito universal à saúde criou um ambiente favorável à multiplicação das inovações assistenciais do campo da saúde mental.

A atual política nacional de saúde mental reafirma um dos preceitos do Sistema Único de Saúde ao considerar a saúde como um processo social complexo e não mais simplesmente como ausência de doença. Portanto, a saúde constitui-se como um direito do

cidadão. Sendo assim, torna-se premente a consolidação de uma rede de atenção integral aos portadores de sofrimento psíquico.

A política nacional de saúde mental enfatiza o desenvolvimento da atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional. Tal reorientação pode ser observada na diminuição do total de leitos psiquiátricos no país nos últimos anos, em cerca de 40% (BRASIL, 2006),<sup>87</sup> na implantação dos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos, etc. É nesta tentativa de ampliar as ações territoriais que se encontra a inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Os serviços que trabalham na perspectiva do território desenvolvem papel ativo e de grande importância na promoção da saúde mental em suas respectivas localidades.

De acordo com o Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental/MS (BRASIL, 2007),<sup>88</sup> uma das principais diretrizes constitui-se na inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Cabe destacar que esta é uma política de reorientação das práticas neste campo, que vislumbra a adoção de novos modos de atenção aos portadores de sofrimento psíquico, e que se constitui assim numa política pública de reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental.

No percurso de consolidação dessa política, constata-se uma crescente interlocução entre a saúde mental e a Atenção Básica, iniciando um processo de transformação que aponta para a singularização do cuidado, para a responsabilização da clientela, e para a construção de outras formas de convivência com as diferenças, ampliando as redes de solidariedade num dado território. Todavia, apesar de partilharem alguns princípios, diretrizes, noções e conceitos, percebe-se que a inclusão das ações de SM na AB ainda acontece em número reduzido e é pouco difundida, embora haja um esforço do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde para sistematizar essas experiências, além de promover encontros e oficinas para melhor pensar a inclusão das ações de saúde mental neste âmbito de atenção.

O modelo de atenção psicossocial visa ao reposicionamento subjetivo do sujeito, propondo aliviar o sofrimento e auxiliar essas pessoas a construir sentidos para suas vidas de onde estão.

O movimento em prol da Reforma Psiquiátrica defende uma busca por direitos, por acesso, por ampliação de cobertura, o cuidado de uma forma integral, pensando o ser humano em sua complexidade, construindo uma prática de atenção à saúde, que é muito

mais que um modelo. A reorientação das práticas de atenção em saúde mental deve estar pautada em uma concepção de saúde, compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

Para Yasui (2004:142),<sup>84</sup> a Reforma Psiquiátrica

“refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, através da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco, o que implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos que são intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença” (YASUI, 2004:142).<sup>84</sup>

### **3.4 Atenção Básica: novo modelos de cuidado em Saúde Mental**

A crescente discussão sobre a Atenção Básica, e seu papel nos sistemas de saúde, tem sido uma tendência em vários países, assim como no Brasil, buscando garantir mudanças nos modelos de atenção baseados ainda na doença e no hospital (SOUZA; SAMPAIO, 2002).<sup>89</sup>

De acordo com Starfield<sup>90</sup> (2002), a Atenção Primária em Saúde pode ser entendida como um nível de um sistema de serviços que oferece entrada para todas as novas necessidades e problemas. A APS fornece assistência e atenção para a pessoa, não direcionada para a enfermidade, no decorrer do tempo, atentando para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordenando ou integrando a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Este tipo de atenção forma 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 e reabilitação e trabalho em equipe. Há diferentes formas de visualizar a Atenção Primária: seja através de um

conjunto de atividades, de um nível de atenção à saúde, de estratégias para organizar a atenção à saúde, ou através de uma filosofia que permeia a atenção à saúde.

Starfield (2002)<sup>90</sup> aponta ainda quatro características da Atenção Primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação. A característica do primeiro contato está ligada à capacidade de acesso aos serviços de saúde, isto é, deve haver um lugar específico no sistema ao qual as pessoas possam recorrer toda vez que ocorram problemas. Trata-se da definição de uma porta de entrada no sistema, que deve funcionar como garantia de acesso para todos os usuários.

A longitudinalidade, no contexto da APS, se refere a uma vinculação duradoura entre usuários e profissionais de saúde. Garante a continuidade da atenção no decorrer do tempo, independentemente da existência de problemas ou enfermidades; o serviço passa a ser a referência para a clientela adscrita. De acordo com esse princípio, as pessoas podem contar com os serviços e equipes de saúde como fonte de atenção, caso necessitem, podendo participar das diversas atividades, para além do tratamento de doenças, tais como aquelas relacionadas à promoção da saúde, entre outras.

A abrangência, descrita também como integralidade, aponta para a necessidade de as unidades de saúde se organizarem de modo a garantir a seus usuários todos os tipos de ações de atenção à saúde. Considerando-se as características da integralidade, os serviços devem ter capacidade para reconhecer adequadamente os problemas, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais.

A coordenação apresenta-se como componente essencial para garantir a efetividade das propostas da APS, principalmente a integralidade. Trata-se da capacidade do serviço de garantir o seguimento do usuário no sistema ou a garantia de outros níveis de atenção quando necessário, de modo a permitir a integração da atenção nos diferentes níveis e locais de prestação de serviços, rompendo com a fragmentação, característica da medicina moderna.

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



Os termos Atenção Primária em Saúde e Atenção Básica são usados frequentemente como sinônimos na literatura e nos discursos dos profissionais da área da saúde a fim de designar um conjunto de ações, conceitos e processos de trabalho semelhantes. Entretanto, a definição precisa e a distinção entre ambos geram controvérsias. De acordo com Souza e Sampaio<sup>89</sup> (2002), a Atenção Básica seria um termo adotado no Brasil para designar a APS. Entretanto, o Ministério da Saúde<sup>91</sup> (1998) define a Atenção Básica como:

“um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998)<sup>91</sup>.

Consideramos que a Atenção Básica é um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território e com capacidade de estar apta a dar resolutividade às questões que são apresentadas. É ponto estratégico para a transformação e adoção de outras práticas no campo da saúde, sendo sua organização primordial para se avançar na direção de um sistema de saúde que objetiva a qualidade de vida das pessoas. Para tanto, deve poder realizar práticas que acolham, vinculem e que, na medida do possível, possam resolver os problemas em seu âmbito de ação, propiciando a constituição de novos modos de produção das ações de saúde (MENDES, 2002)<sup>62</sup>.

Mendes (2002),<sup>62</sup> ao propor a rede básica como um centro catalisador dos sistemas integrados de serviços de saúde, menciona que, para tal função, a rede básica deve desempenhar:

o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde – resolver grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador relacionado com sua natureza de centro de comunicação – organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002: 17)<sup>62</sup>.

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou o Manual para Organização da Atenção Básica,<sup>91</sup> destacando a importância desse nível de atenção para a organização e conformação do sistema de saúde, constituindo-se como a principal porta de entrada no sistema. No entanto, é preciso garantir a acessibilidade dos usuários às ações e aos serviços de saúde.

Dentre os documentos oficiais do MS (BRASIL, 1998<sup>91</sup>; BRASIL, 2001<sup>92</sup>), encontram-se algumas categorias para definir a AB: trata-se da porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; possuidor de um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; deve ser apta a intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; oferecer atenção integral, permanente e de qualidade; realizar atividades de educação e de promoção da saúde; estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre o serviço de saúde e a população; estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões (BRASIL, 2001).<sup>92</sup>

De acordo com Campos (2003),<sup>53</sup> o sucesso e a viabilidade do SUS dependem da instalação de uma rede básica eficaz, que tanto promova saúde, quanto previna riscos, e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos. Entretanto, alguns desafios estão postos: garantir e promover a ampliação do acesso do usuário, articular a demanda espontânea com a demanda programada (condição para uma possível garantia de atenção integral), articular-se aos demais serviços da rede social, à formação de recursos humanos compatível com a proposta do movimento da Reforma Sanitária, entre outros.

Segundo Merhy e Onocko (2002)<sup>46</sup>, no interior das principais correntes envolvidas com a Reforma Sanitária brasileira, tem-se tomado como eixo que a rede básica deverá ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, visando a uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um rebasicocêntrico (MERHY; ONOCKO, 2002: 198).<sup>46</sup>

Para que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se constitua como uma possibilidade de reorientação da atenção à saúde, é fundamental, que se tenha uma equipe comprometida com os princípios da reforma psiquiátrica e, conseqüentemente, com os do Sistema Único de Saúde, de forma a operar como diferenciador, não reproduzindo as formas de funcionamento do modelo tradicional. É necessário, também, que essa articulação agregue características como diversidade, ousadia, criatividade e resolutividade, para que seja possível trabalhar na perspectiva da (re) organização da atenção à saúde.

Muitos são os desafios impostos para a boa implantação das ações de saúde mental na Atenção Básica, dentre eles destacamos:

- a necessidade de formar profissionais para atuarem na perspectiva menos segregadora e mais inclusiva, com outro olhar sobre o processo de adoecimento.
- aprender a dar prioridade ao mais difícil (Lancetti, 2001) <sup>93</sup> e não apenas se restringir a uma proposta de prevenção e promoção da saúde, atendendo de forma tradicional por meio do movimento de referência e contra-referência, encaminhando os casos mais “difíceis” para outros dispositivos de atenção em saúde mental.
- consolidar e ampliar a rede de atenção comunitária e de base territorial, promotora de cidadania e de integração social.

As discussões sobre Atenção Primária em Saúde foram intensificadas no contexto mundial a partir da Conferência da Alma Ata <sup>5</sup> que destacou a Atenção primária 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. Sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.” (STARFIELD, 2002: 30).<sup>90</sup>

### **3.5 Ampliação do campo da Atenção Psicossocial: a saúde mental na atenção básica**

A Atenção Primária em Saúde ganha ampla divulgação ao ser disseminada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde como a base para a reforma e organização dos sistemas nacionais de saúde e como principal estratégia para alcançar a meta estabelecida pela Assembleia Mundial de Saúde de 1977 – a de promover saúde para todos até o ano 2000.

Para Mendes (2002),<sup>62</sup> a atenção primária à saúde pode ser compreendida sob três aspectos distintos: atenção primária seletiva, um programa de baixa densidade tecnológica e custos mínimos, com objetivos restritos à satisfação de algumas necessidades elementares

de grupos humanos em situação de extrema pobreza e marginalidade; como o primeiro nível do sistema de serviços de saúde; e como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, afetando todo o sistema. É esse último aspecto o adotado por este ensaio.

Para fins desse estudo, defende-se a atenção básica como um local privilegiado de discussão e construção de novas práticas e novos olhares sobre o sofrimento psíquico.

A atenção em saúde mental requer o desenvolvimento de políticas intersetoriais integradas que ampliem o acesso e a rede de oferta de serviços. Diante desta necessidade, temos a inclusão das ações de saúde mental na esfera da atenção básica como uma possibilidade concreta de aperfeiçoar a assistência no campo da saúde mental.

As primeiras iniciativas de se trabalhar a saúde mental inserida nas comunidades aconteceram na Europa e Estados Unidos, e apesar do caráter controlador que essas práticas assumiam no sentido de medicalizar os problemas da vida, ainda assim podem ser consideradas inovadoras (HOCHMANN, 1972).<sup>94</sup>

No Brasil, há que se destacar a experiência de São José do Murialdo, no Rio Grande do Sul na década de 1970. Esta surge basicamente como alternativa à formação médica e não como modelo assistencial. Não pretendia constituir-se em dispositivo substitutivo aos modelos vigentes de atenção à saúde. Foi influenciado pelos postulados da APS de Alma Ata e pelo modelo de serviços de medicina familiar do National Health System Inglês vinculado à SES-RS. Esta experiência foi marcada pelo seu pioneirismo, pela resistência aos modelos de formação vigentes e pela articulação com o sistema de saúde local.

Esta experiência era vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, tinha convênio com universidades como a UFRGS e a ULBRA, marcando a importância de parcerias para o êxito da proposta, assim como mantinha uma articulação com o sistema local de saúde e apresentava como características a multiprofissionalidade das ações, a ênfase na formação de recursos humanos, a participação da comunidade e o desenvolvimento de atividades de assistência, ensino, pesquisa, o atendimento clínico em especialidades básicas tendo como base o acolhimento e além da busca da resolutividade. Suas ações pautavam-se nas visitas domiciliares, na educação em saúde, nos programas para grupos de risco e num menu típico da atenção básica.

Poderíamos dizer que a proposta que hoje está consolidada como uma diretriz da política nacional de saúde mental – a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica – começou a ser desenhada desde 1990, quando a Declaração de Caracas privilegiou os

Sistemas Locais de Saúde como espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de saúde mental.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental<sup>95</sup>, realizada em 1992, também foi enfatizada a importância da aproximação com a comunidade, tendo como eixo os princípios da desinstitucionalização e do Sistema Único de Saúde. Nesta Conferência também se destacou a necessidade de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para o atendimento em saúde mental.

A Portaria 224 de 1992 (BRASIL, 1992)<sup>75</sup> estabelecia as diretrizes para o funcionamento dos hospitais-dia e ambulatórios, e apontava para a necessidade de maior integração com a comunidade e inserção das pessoas em sofrimento psíquico nas redes sociais, além de normatizar o atendimento em saúde mental nas redes do Sistema Único de Saúde.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental,<sup>20</sup> realizada em 2001, reitera a necessidade de ampliar as ações de saúde mental para o eixo territorial e intensifica o debate sobre a importância da reorientação do modelo assistencial. Nesta Conferência fica estabelecido que uma estratégia a ser adotada para a reversão do modelo assistencial é a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, o que pode ser considerado como uma estratégia para se alcançar a integralidade no atendimento às questões relacionadas à saúde mental.

Sendo assim, a articulação da saúde mental com a atenção básica assume papel importante dentro das políticas públicas em saúde mental a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que abordou principalmente a reorientação do modelo de atenção.

A reorganização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatiza a Atenção Básica, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo (Ministério da Saúde, 2002:48).<sup>20</sup>

Além dessa proposta de cuidado estar em conformidade como um documento da WHO (2007)<sup>96</sup> que propõe diretrizes que deveriam ser incorporadas pelas políticas públicas de saúde mental: “Ampliar de modo decisivo a oferta de ações de saúde mental na atenção

primária, especialmente nas equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.”

No ano de 2002, foi publicada a portaria n.º 336<sup>41</sup> que descreve as formas de funcionamento dos serviços territoriais, reafirmando a necessidade de intervenção no território. Em 2005, foi realizada a Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 15 anos depois da Declaração de Caracas,<sup>78</sup> que contou com a participação do Ministério da Saúde, da Organização Pan-americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Dentre as recomendações da “Carta de Brasília”, documento resultante dessa Conferência, encontra-se a de que os serviços de saúde mental mantenham vínculos sólidos com os serviços de Atenção Primária e que estes possam ser altamente resolutivos. Portanto, esta explicita e reitera a importância da inclusão das ações de saúde mental no âmbito da atenção básica.

A portaria n.º 154<sup>4</sup> de 2008 (BRASIL, 2008) cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, objetivando ampliar o escopo das ações da atenção básica, favorecendo a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços que compõem o cuidado em saúde aumentando assim, sua resolubilidade. Esta contempla a participação de pelo menos um profissional da área de saúde mental em cada equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para fortalecer o cuidado em saúde mental na esfera do território.

Hoje temos constatado a solidificação da política de saúde mental como uma estratégia para a organização de uma rede de cuidados na atenção básica. E isso pode ser constatado no esforço que vem sendo empreendido pelo Departamento de Atenção Básica, juntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Cientes da necessidade da implantação de ações de saúde mental na atenção básica, decidiram elaborar o Plano Nacional de Incorporação de ações de saúde mental na atenção básica, no conjunto de atividades que compõem o cuidado integral à saúde, o que aponta para o desenvolvimento de práticas que fortaleçam a implantação das ações territoriais, fato que pode ser constatado também pelo investimento de recursos na rede extra-hospitalar. De acordo com os dados do Relatório de Gestão 2007-2010 da Coordenação Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)<sup>97</sup> houve redução de 6.832 leitos psiquiátricos no país no período. Assim como número de macro-hospitais (acima de 600 leitos), que em 2002 eram sete, foi reduzido em 2010 para um. Também foram fechados 15 hospitais credenciados ao SUS. Paralelamente houve avanços no Programa de Volta para

Casa com reajuste no valor do auxílio-reabilitação psicossocial e, em 2010, 3.635 usuários já contavam com este auxílio. Ao término de 2010, existiam 3.371 leitos de psiquiatria em hospitais gerais (ainda insuficientes para a reversão do modelo). Em relação à rede CAPS, esta não só se expandiu, mas se interiorizou; o país como um todo passou de uma cobertura de 0,43 CAPS/100.000 habitantes, ao final de 2006, para 0,66 CAPS por 100.000 habitantes, ao final de 2010. Sendo que o Brasil termina o ano de 2010 com 1620 CAPS implantados. Fato que também merece destaque está relacionado à mudança no financiamento dos CAPS. Os procedimentos dos CAPS que desde o ano 2002 eram financiados pelo FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), sendo recursos “extrateto”, passaram, a partir do final de 2008 e como resultado de um processo coletivo de construção do Pacto de Gestão no SUS, a ser financiados pelos recursos realocados para o teto financeiro dos municípios. Estes recursos foram então “incorporados aos tetos” dos municípios e definidos com base na série histórica da produção dos serviços. Portanto, constata-se que há um redirecionamento importante na aplicação dos recursos na área de saúde mental. Atualmente, apenas 37% dos recursos são destinados à rede hospitalar de assistência, enquanto 63% dos recursos são destinados à rede de atenção extra-hospitalar.

Nesta, faz-se necessário tecer redes, ligar pessoas, territórios e implicar-se com a vida do outro para oferecer uma atenção integral e qualificada. Essa articulação promove desestabilização tanto nos serviços, quanto nas pessoas e, dessa forma, abre-se a possibilidade para o novo, para novas formas de olhar, lidar e conviver com a loucura.

Poderíamos considerar como um movimento de desvio ao modelo tradicional de atenção em saúde mental e até mesmo em relação ao que é proposto pelos CAPS. Uma vai modificar a outra, produzir interferências, estabelecer inter-relação entre esses dois campos. A multiplicidade de pessoas, de situações clínicas, opera mudanças no próprio modo de fazer saúde. E essas mudanças ocorrem “na medida que são práticas que visam outros tipos de objetos e formas de cuidar, bem como operadoras de outras perspectivas de normatividades sociais, históricas e imaginárias” (MERHY; FEUERWERKER, 2007:2).<sup>98</sup>

Assim como Yasui<sup>67</sup> (2010) que compreende o CAPS como uma estratégia de atenção que produz rupturas com o modelo assistencial tradicional na saúde mental, também consideramos a articulação da saúde mental com a atenção básica uma estratégia para adoção de novas práticas de atenção e de cuidado em saúde mental, capaz de orientar a construção de outros modos de cuidar da loucura no território.

A articulação da saúde mental com a Atenção básica pode ser considerada como uma estratégia, conforme a formulação de Yasui (2010)<sup>67</sup> ao pensar nos CAPS. Seria então, uma estratégia de transformação do cuidado até então empreendido na saúde mental e que se materializa no cotidiano das práticas, na organização de uma rede ampliada de recursos para o cuidado no território. Entretanto, para que a Saúde mental na atenção básica se constitua de fato numa estratégia de cuidado que visa à transformação de práticas, que trabalhe na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, esta deverá articular todos os recursos disponíveis do território.

Essa proposta de cuidado se insere no modo Psicossocial (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003),<sup>99</sup> fundamentada na solidariedade e na cidadania dos usuários. Trata-se de cuidar das pessoas onde elas vivem, e com isso aproximar a comunidade, a vizinhança para conviver com a loucura, com a diferença. A estratégia de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se constitui numa possibilidade concreta de interação social dos usuários na comunidade.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica constitui-se numa das possibilidades de reverter a maneira de se lidar com as questões da saúde mental: pouca escuta, nenhum vínculo e, geralmente, renovação de receitas médicas e não de afetos. Sendo assim, essa diretriz nos remete ao princípio da integralidade, possibilitando vivermos a tão almejada clínica ampliada.

De acordo com Guljor e Alves<sup>18</sup> (2004), para operar nessa clínica produtora de cuidado, é necessária a adoção de algumas premissas: a liberdade, que nega o isolamento; a integralidade, que nega a seleção; atender e enfrentar o risco social, e não mais o diagnóstico; adoção da função de “agenciador”, e não mais de “encaminhador”.

Os dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (2001)<sup>7</sup> num relatório sobre a saúde no mundo demonstram que grande parte da população atendida nas unidades de saúde, apresenta alguma forma diagnosticável de transtorno mental e esta clientela deve ser acompanhada preferencialmente na comunidade com ampla participação da população, familiares e organizações sociais. Segundo o Ministério da Saúde (2005),<sup>78</sup> os problemas relacionados à saúde mental correspondem a 26% do total de atendimentos prestados à população. Fato este que corrobora a importância da ampliação do campo de atendimento em saúde mental em direção à atenção básica.



A proposta atual de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica supera é muito a ideia de medicalização do sofrimento e dos problemas do cotidiano. O que se propõe ao incluir as ações de saúde mental na atenção básica não é positivar os dispositivos de assistência ambulatorial pautados exclusivamente em consultas médicas e atendimentos psicológicos. E nem tão pouco requer a expansão de ambulatórios “melhorados” pelas comunidades.

Na verdade, consiste numa proposta de ampliação da clínica, vislumbrando o abandono de práticas seletivas e geradoras de exclusão. No entanto, vale ressaltar que se não houver um esforço para a construção e solidificação de redes de atenção, esta estratégia será insuficiente para promover transformações.

A atenção básica é um ponto de grande complexidade do sistema de saúde. Seria o local onde o cuidado aos portadores de sofrimento psíquico se daria de forma mais intensa. Assim, nos contrapomos a uma ideia bastante difundida de que a atenção básica corresponde à atenção primária simplificada, pois reconhecemos nesta esfera de atenção seu imenso potencial e complexidade (LANCETTI, 2001).<sup>93</sup>

Para atuarmos nessa esfera da atenção seria preciso adotar um dos conceitos desenvolvidos por Merhy (2002)<sup>100</sup> – o de caixa de ferramentas – entendido como o conjunto de tecnologias necessárias para o trabalho em saúde.

Porém vale ressaltar que quando estamos vivendo o território, torna-se necessário lançarmos mão de outros princípios, que não apenas os técnicos. É preciso um compartilhamento do cotidiano, é necessário afetar-se com a vida das pessoas e para isso não existe uma “receita”, um “protocolo”, é preciso viver com intensidade as situações colocadas; assim, estaremos desenvolvendo uma clínica de fato ampliada, inventando novas maneiras de promover a saúde mental no território.

Na ampliação das ações territoriais é que se insere a proposta de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, incitando o desenvolvimento de práticas para além dos muros institucionais. A saúde mental na Atenção Básica apresenta-se como uma possibilidade de mudança, indo em direção de uma clínica mais solidária e inclusiva.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006)<sup>87</sup> propôs três estratégias para a efetiva implantação das ações de saúde mental na atenção básica: apoio matricial; formação diferenciada e inclusão de indicadores da saúde mental no sistema de informação da atenção básica.

## **– Apoio matricial**

De acordo com Domitti<sup>101</sup> (2006), o apoio matricial se constitui numa ferramenta de gestão que objetiva estimular as trocas de conhecimentos, manejos clínicos e práticas entre profissionais de diferentes áreas da saúde.

Também é compreendido como uma proposta de integração de especialistas na atenção básica à saúde. Para Tólofi e Fortes<sup>102</sup> (2007) profissionais de diferentes especialidades interagem com profissionais das unidades de atenção básica. Sendo assim, configura-se numa estratégia para reduzir as distâncias entre AB e atenção especializada em saúde mental. Visa à interação entre as equipes especializadas e as da atenção básica em seu território de ação.

O apoio matricial visa a proporcionar suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Assim, torna-se possível compartilhar situações com a equipe de saúde local, favorecendo a corresponsabilização, o que pode ser evidenciado por meio de discussões conjuntas, intervenções ou mesmo por meio de atendimentos/acompanhamentos em conjunto. Por meio do suporte matricial seria possível romper com a lógica do encaminhamento, muitas vezes vinculada à lógica da desresponsabilização, e contribuir para a melhor resolutividade no nível local.

De acordo com Campos e Nascimento<sup>103</sup> (2007:94), o apoio matricial está relacionado à “oferta de conhecimentos, saberes, propostas de ações e práticas conjuntas”, e tem como principais objetivos favorecer o acolhimento, diminuindo os processos de psicologização do cotidiano; produzir saberes de forma coletiva; corresponsabilização pela demanda e pelo cuidado em saúde; propiciar a criação de novos dispositivos assistenciais; transformar olhares e saberes garantindo a ampliação do acesso.

## **- Formação diferenciada**

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a capacitação das equipes que atuam neste nível de atenção, visando a

qualificar a rede e o cuidado. Tendo em vista que uma maior qualificação aponta para uma reformulação das estratégias de formação, sugere-se que as equipes de apoio matricial possam ser o dispositivo para se adotar uma formação continuada e em serviço, por meio de discussões de textos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica. De acordo com Onocko Campos et al (2004: 1):<sup>104</sup>

“Os equipamentos de Saúde Mental no país, hoje, demandam uma plasticidade na montagem da rede de atendimento que necessita de pessoas com uma formação diferenciada, profissionais estes que visem ao desenvolvimento de uma clínica baseada na teia de relações sociais dos usuários, promovendo uma atenção pautada na processualidade da vida.” (ONOCKO CAMPOS et al,2004: 1)<sup>104</sup>

#### **- Inclusão de indicadores da saúde mental no sistema de informação da atenção básica**

O sistema de informação é fundamental para a avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde, sendo imprescindível incluir indicadores de saúde mental na atenção básica, pois atualmente este é o nível privilegiado para a adoção das ações de saúde mental no sistema de saúde.

É necessária a inclusão de novos indicadores para se evitar excluir deste nível de atenção o acompanhamento às pessoas com grave sofrimento psíquico, restando a elas o caminho da institucionalização.

É possível cuidar e acolher a loucura de outras formas e é nesse sentido que a inclusão das ações da saúde mental na atenção básica se torna fundamental.

Dentre essas três estratégias propostas, a que mais vem sendo desenvolvida e adotada em diferentes regiões tem sido o apoio matricial.

A APS se constitui na nova fronteira da Reforma Psiquiátrica. No entanto, é preciso avançar na qualificação do debate sobre a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.

Neste estudo tomaremos a integralidade, equidade, acesso, rede e território como eixos norteadores e interpretativos da inclusão das práticas de saúde mental na atenção básica.

## **CAPÍTULO 4**

# **ASPECTOS DA INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

A interação direta entre profissionais de saúde mental com os da atenção básica é capaz de produzir resultados efetivos na construção de práticas diferenciadas de atenção à saúde mental (BOWER; SIBBALD, 2005).<sup>105</sup> As recomendações da política pública nacional de saúde mental para a reorientação do modelo de atenção enfatizam o território e a corresponsabilidade pelo cuidado como forma de garantir o acesso universal, integral e qualificado aos usuários (PITTA, 2011).<sup>15</sup>

Neste capítulo é realizado o debate com os dados do estudo, oriundos da pesquisa bibliográfica e da pesquisa de campo. Para tanto, o material é apresentado e debatido na forma de narrativa com o intuito de apresentar ao leitor como tem sido produzida a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica no município do Rio de Janeiro, a partir de 2011, período em que ocorreu a pesquisa de campo.

Cabe ressaltar que, antes desse período, a Secretaria Municipal de Saúde havia desenvolvido ações pioneiras de atenção à saúde mental na Atenção Básica a partir do final da década de 1990, destacando-se a Ilha de Paquetá, na AP1, experiências localizadas também na AP 3.1 e na AP 4, no início dos anos 2000, também contribuíram para a consolidação das propostas de atenção em saúde mental na atenção básica em saúde.

Ao iniciar este estudo, interessava-nos saber como se dava a organização do cuidado a partir da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, sendo assim, descrevemos abaixo o que encontramos nessa busca.

Atualmente a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica consiste num direcionamento da política pública da SMSDC do Rio de Janeiro como pode ser visto na fala de um dos atores do estudo.

“acho que tem que ressaltar que a cidade do Rio de Janeiro, essa gestão quer fazer uma atenção primária um pouco diferente das ações que são feitas no resto do país... por exemplo... não se cria equipe de saúde da família, se criam clínicas da família, não tem clínica da família em outro lugar, só tem aqui no Rio de Janeiro... e aí criaram o que chamam de carteira de serviço da atenção primária... que é carteira de serviço da atenção primária. São todas as atividades e ações que tem que ser feitas dentro da saúde da família... saúde mental está lá... como uma das ações que têm que ser feitas na saúde da família, ... então eu entendo que está

lá...então tem várias ações como atendimento familiar, atendimento em grupos, atendimento em situações de violência, atendimento de pacientes graves, atendimento ao usuário de álcool e drogas, tem uma série de ações”... G1

...“Desde 2009, a condução da política de atenção à saúde aqui no município passa por uma das principais reformas de sistema de saúde na cidade, o município gastava 82% de todo seu orçamento com atenção hospitalar, e a gente distribuir os gastos de saúde mental ambulatorial, CAPS e atenção primária na saúde mental, atenção secundária e hospital, se gastava mais de 90% dos recursos da saúde mental do município para manter os institutos municipais, então mudar esse modelo é um dos desafios que estava imposto para gestão. A gente tem uma cobertura de saúde mental muito baixa e uma dificuldade de acesso para o paciente de saúde mental extremamente importante, fato é que a gente tinha um sistema com uma distorção bastante grande, tanto na saúde mental quanto nos demais componentes da atenção saúde. No Rio de Janeiro, o saúde da família era pontual, a gente tinha 3,5% de cobertura em 2008, janeiro de 2009, era uma cobertura muito pequena, a gente pode até dizer que em alguns momentos ela era pontual, ações da atenção primária ainda eram muito menores e pouco uniformizadas, para isso no ano de 2009, a gente definiu as linhas de cuidado para os nossos pacientes, somando todas as linhas de cuidados na atenção primária”... G2

A partir de 2009, a SMSDC vem passando por diversas mudanças, dentre elas a centralidade nas ações e serviços da Atenção Primária à Saúde. Isto acarreta outras conformações para os serviços de saúde mental.

...“Apesar de ter saúde da família na secretaria de saúde antes de 2009, não se tinha um investimento em atenção primária na secretaria de saúde tão forte quanto teve, então a reconfiguração total desse modelo a partir de 2009, no caso da saúde mental, eu acho que isso fica claro porque tinham encontros, nessa forma regulares, localizados na AP31, na região da Ilha, Penha por ali, mas que não tinham um envolvimento do serviço tão grande nesse trabalho. Quando isso passa a ser uma orientação da secretaria de saúde e muda a lógica do trabalho na secretaria de saúde, todos os serviços de saúde são convocados para isso, inclusive os CAPS.” G1

Com um maior investimento na expansão das Clínicas da Família pela cidade, surge uma nova demanda para os serviços de saúde mental, que até o final dos anos 2000 priorizava no âmbito da saúde mental o atendimento a transtornos considerados graves, a usuários considerados institucionalizados devido a longos períodos de internação, elegendo-se para tanto o CAPS como dispositivo prioritário para o cuidado dessa clientela. Vale destacar que com a ampliação do acesso, facilitado e incentivado pelo modelo de atenção centrado na família, começam a ser identificadas demandas que estariam

encobertas e que com a atuação marcante das equipes de saúde da família no território têm sido desveladas.

Com o modelo atual envolvendo a estratégia de saúde da família quadros de menor complexidade se apresentam como aponta a fala a seguir:

a gente trabalhou muito com os casos graves, esse era o nosso foco, da exclusão e tudo mais...os transtornos menores, a gente acabou não dando, não acompanhando com tanta...com tanto desejo quanto a gente faz com os casos mais graves... Quando entra a saúde da família, isso se apresenta, fobias sociais, ansiedade, esses quadros de menor complexidade começam a se apresentar, e aí a gente precisa se organizar para dar conta disso. G1

Um dos objetivos da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica no município do Rio de Janeiro tem sido a construção de um dispositivo de atenção de referência para a clientela que necessita da Atenção Psicossocial, assim como a redução da medicalização das questões do cotidiano. Esta articulação entre saúde mental e atenção básica é considerada fundamental para a reorientação da assistência psiquiátrica. No entanto, é preciso potencializar as ações dos CAPS articuladas com a atenção básica.

Pensar na inclusão das ações de saúde mental na atenção básica requer contemplar a singularidade de cada território. Assim, não poderíamos considerar uma única possibilidade de essa estratégia acontecer em todo o município do Rio de Janeiro. De acordo com a história do bairro, da construção dos serviços, de como esses se articulam com os recursos territoriais e da biografia das pessoas, tem-se uma conformação singular em cada bairro da cidade.

A articulação da SM com AB na zona sul é diferente nas zonas norte e oeste da cidade. Características muito distintas das regiões do município tornam essas experiências singulares, diferentes, visto que os territórios onde estas ações incidem e atravessam essas experiências são múltiplos. Outro fator que contribui para a particularidade das ações é a organização dos serviços de saúde que apresentam peculiaridades marcadas pela singularidade dos sujeitos envolvidos. E é na pluralidade e diversidade desses cenários tão distintos que encontros acontecem, que a realidade em relação à loucura é transformada.

Pensar a articulação do CAPS da Rocinha (zona sul da cidade) é diferente de pensar nessa articulação em Santa Cruz (zona oeste da cidade), assim como pensar nessa articulação no complexo do Alemão (zona norte da cidade). São territórios distintos, com

diferentes histórias e construção social, formas diferentes de ocupação dos espaços e lugares. Adotam expressões culturais também distintas, se inscrevem de maneiras diferentes na vida em sociedade. Além disso, economia, política e atravessamentos, são diversos. Esses territórios também possuem uma distribuição de dispositivos sociais e culturais muito distintos entre si. Assim como o acesso a bens de consumo e serviços de saúde acontecem de maneira diferenciada. Por isso a necessidade de olhar, ver, enxergar, sentir um pouco mais de perto essas experiências que apesar de estarem localizadas num mesmo município, o do Rio de Janeiro, apresentam formatos tão diversos e múltiplos.

Para apresentar o retrato da articulação entre saúde mental e atenção básica no município do Rio de Janeiro optamos por fazer um desenho a partir de eixos considerados essenciais para esta articulação.

Elencamos cinco eixos, que consideramos eixos ferramenta para se produzir a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. São eles: integralidade, equidade, acesso, território e trabalho em rede.

#### **4.1 Saúde mental na atenção básica: uma proposta para a integralidade**

De acordo com Houaiss<sup>106</sup> (2001), integralidade é conceituada como “estado de uma coisa inteira, completa”. E este sentido é mantido quando se pensa na integralidade voltada para a saúde. No campo da saúde, a integralidade é considerada uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, que aponta para o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).<sup>11</sup> Ela é fruto do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira que abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho, na saúde e formulação de políticas voltadas para a atenção dos usuários (DICIONÁRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, 2009).<sup>107</sup>

Mattos<sup>108</sup> (2001) considera integralidade uma imagem objetivo, sendo esta compreendida na área do planejamento como a configuração de um sistema ou uma situação em que alguns atores na arena política consideram desejáveis e que podem ser tornadas reais em um horizonte temporal definido (RIVERA, 1989)<sup>109</sup>. Este autor atribui três sentidos à integralidade. No primeiro, o autor relaciona este conceito a traços de uma

boa medicina. No segundo sentido relaciona integralidade ao modo de organizar as práticas. Já no terceiro sentido refere integralidade como sendo as respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Integralidade pode ser definida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (DICIONÁRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, 2009).<sup>107</sup>

...“Nós estamos trabalhando com um usuário em comum, seja ele saúde mental, saúde da criança, idoso, seja ele o que for o usuário é o mesmo, o usuário é comum. E aí a gente pode estar trazendo para o ambiente da AB esse paciente de atenção especializada de SM e tratar. Fazemos visitas, fazemos vacinas, pode ser uma criança, ou um adulto. O usuário é integral, não importa se ele é de saúde mental ou não”... AB7

...“Cria-se uma relação de proximidade, num trabalho em conjunto, em benefício do paciente. É um trabalho em rede onde o paciente pode seguir seu tratamento. Você não se sente sozinho, sente que existe uma atuação de apoio no cuidado daquele cliente”. CAPS 1

...“A gente faz muita coisa junto ... Eu acho que essa união ... a pessoa com transtorno mental chegar na unidade básica e ser atendido na gineco, sem preconceito, ser atendido como uma pessoa comum, eu acho que é uma potencialidade, ser atendido na odonto”... CAPS 8

No campo das práticas, a integralidade é considerada uma prática social influenciada por práticas sanitárias e políticas, resultantes da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas de oferta de cuidado (PINHEIRO, 2001).<sup>110</sup>

Como prática assistencial, a integralidade implica no reconhecimento de diferentes visões de mundo, e relaciona-se com o espaço molecular, das relações que transformam característica política em ação concreta. Neste contexto, integralidade pode ser compreendida como um dispositivo político e de poder, com configurações múltiplas, que tem no cuidado a expressão de sua potência (PINHEIRO; GUIZARD, 2004).<sup>111</sup>

Para Machado<sup>112</sup> (2011), a integralidade só se aplica ao sistema de saúde como um todo e implica a redefinição de práticas relacionadas à saúde do indivíduo, do coletivo e das relações entre eles.

O debate sobre a integralidade remete ao campo da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos (CECÍLIO, 2001).<sup>113</sup> Para Pinheiro e Mattos<sup>114</sup> (2006),



Integralidade é um termo que nos remete às relações de diferentes saberes e práticas que interagem o tempo todo no cotidiano.

...“Tem um caso de uma paciente que estava grávida e ela está morando com o namorado, quando teve o bebê estava morando na rua, aí até que o namorado aceitou que ela morasse na casa dele que é coberta por uma clínica de família, então quando ela teve o bebê ela levou o bebê para essa clínica de família, uma das equipes acompanhou, a médica dela fez o acompanhamento dela e do bebê, aí a equipe ligava para cá quando ela não estava bem e a gente conversava, era incrível quando a encontravam largada, encaminhavam ela para cá, então a gente tem essa interlocução, a nutricionista daqui conversa com nutricionista de lá, porque o bebê está com pouco peso, a gente tem conseguido fazer uma boa articulação com o pai do bebê, que também é paciente psiquiátrico, que não é nosso, é de outro ambulatório. Então, a gente conseguiu fazer uma rede de suporte aí com as equipes envolvidas, fazendo atendimento domiciliar”. CAPS 9

...“A prática que a gente oferece são as linhas de cuidado, os grupos de hipertensão e diabetes, tem auriculoterapia, a gente é aberto para todos os usuários e os agentes vão agendando segundo as necessidades”... AB 13

A integralidade pode ser reconhecida como prática que valoriza o cuidado, mediante a defesa permanente da alteridade do usuário e a permeabilidade das instituições de saúde aos valores democráticos (PINHEIRO, 2001).<sup>110</sup>

...“Trabalhar com a atenção centrada no paciente envolve a gente trabalhar com todas as questões que o paciente possa demandar para os serviços de saúde em torno dele, então um paciente de saúde mental, é um paciente que também pode precisar de outras ações, é um paciente que precisa vacinar, que precisa ter um cuidado na sua gestação, ter um cuidado nas suas doenças crônicas e degenerativas, doenças infecto parasitárias e a atenção primária facilita muito essa integralidade, onde eu tenho os mesmos profissionais acompanhando os mesmos pacientes. A integralidade, ela pode ser vista dentro do próprio serviço e aí as unidades de atenção primária são desenhadas para que a gente consiga fazer o máximo e ter o máximo de resolutividade daqueles pacientes naquele mesmo local, numa visão mais ampla e na visão do que esse paciente possa vir a ter, desde atividades de grupo, atividades onde ele possa se socializar com aquele grupo de pessoas que ele convive e diversas unidades já têm grupo de pacientes de saúde mental, já fazem essas atividades, inclusive algumas Academias Cariocas, já têm horários específicos para os pacientes de saúde mental, como também a integralidade entre os níveis de atenção, e aí pensando como é que é o fluxo, o cuidado desse paciente ao longo desse sistema, e aí montar um sistema que a gente tenha uma boa regulação, um bom sistema, de referência e contra referência para gente, eu acho bastante importante, então as vagas de saúde mental têm entrado para um sistema de regulação oficial, para que o paciente possa ser referenciado para seu serviço de referência, na gestão da secretaria, a gente montou listas de Ceps, sempre os mesmo serviços de atenção secundária são responsáveis pelo mesmo serviço de atenção primária”... G2

Integralidade é constituída como ato em saúde durante o cotidiano dos atores envolvidos na produção de cuidados germinando experiências que produzem transformações na vida de pessoas superando modelos idealistas (DICIONÁRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, 2009).<sup>107</sup>

Para a operacionalização de práticas integrais em saúde Gomes e Pinheiro<sup>115</sup> (2005), Pinheiro e Mattos<sup>116</sup> (2003) mencionam o Acolhimento e o Vínculo como diretrizes operacionais. Tanto acolhimento, quanto vínculo são conceitos amplos que exigem uma postura de todo o sistema, envolvendo equipe (profissionais), instituições (gestores) e comunidade (usuários); requerendo um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre os envolvidos, para que de fato se produzam práticas integrais em saúde (SOUZA, 2006).<sup>117</sup>

O acolhimento, no contexto de práticas integrais, não se trata meramente de um mecanismo de humanização do atendimento ou um dispositivo de recepção do usuário nos serviços de saúde. Este termo é considerado, sobretudo, uma estratégia que utiliza elementos presentes no processo de subjetivação dos sujeitos como recursos auxiliares na coprodução da saúde. A ação de acolher rompe com o atendimento tecnocrático, atravessando processos relacionais em saúde. (SILVEIRA, 2003;<sup>36</sup> HENNINGTON,<sup>118</sup> 2005; ARAÚJO,<sup>119</sup> 2007).

...“Os pacientes estão compartilhando com a gente não só aquele atendimento de consultório mas sim do dia a dia deles. E isso acontece nos trabalhos em grupo, a gente tem muitos grupos aqui, grupos de dança, grupos de idosos, bingo”... AB 10

...“Oferecemos aos pacientes o atendimento a qualquer momento, aqui, no caso sempre que ele precisar, ele pode vir para cá. Pensamos no acolhimento e na continuidade do cuidado”. AB 12

Práticas integrais de cuidado e atenção organizadas a partir do acolhimento só são compatíveis com o modelo de gestão participativa, baseado em princípios democráticos e de interação entre equipes (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).<sup>120</sup>

De acordo com Ayres<sup>121</sup> (2004), o acolhimento é um dispositivo tecnológico relacionado à capacidade de escuta e diálogo, que faz do encontro entre profissionais e usuários – Cuidado (identificado pelo autor como cuidado com letra maiúscula). Na

concepção de Ayres<sup>122</sup> (2004), este Cuidado refere-se à conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-o daquelas que por razões diversas não visam à ampliação, nem a flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnologias da saúde.

...“As ações precisam ser conduzidos por alguém que o paciente conhece, vinculando pessoa a pessoa. O que isso agrega? Uma longitudinalidade de atenção e não dá para gente pensar na saúde mental sem vínculo... A maioria das doenças de saúde mental e dos agravos são agravos de atenção primária, são agravos que não exigem um nível de complexidade tecnológica maior para que ele seja submetido a outro nível de atenção e esse é um princípio que todos os sistemas de saúde universais utilizam, utilizam com bastante precisão, então as doenças mais frequentes em saúde mental compõem aí o quadro dos agravos mais frequentes na atenção primária são para ser cuidados nesse nível de atenção, porque numa atenção primária focada aí no saúde da família e não é qualquer atenção primária que a gente está falando, a gente está falando em uma atenção primária com modelo de atenção do saúde da família, que é diferente de um modelo de atenção de atenção primária, que não respeita alguns princípios que para gente são importantes, então esse nível de atenção é que apresenta melhor resultado nas doenças mais frequentes, qual objetivo então da reforma desse modelo? O primeiro objetivo é vincular pessoas a pessoas, que os funcionários saibam quais pessoas que eles cuidam e que esses pacientes saibam quem são os funcionários que são responsáveis pelo seu cuidado, algo que os países da Europa já alcançaram há muito tempo, que o Canadá já alcançou há muito tempo, mas que no Brasil, poucas cidades, poucas capitais alcançaram, eu saber o nome do profissional que é responsável pelo meu cuidado é fundamental, isso é fundamental para um tratamento de um hipertenso, de um diabético que é uma doença crônica, mas também é fundamental para o tratamento das patologias mais frequentes em saúde mental, outra questão importante é o profissional conhecer esse paciente e ter um vínculo com ele dentro desse sistema e uma série de vantagens são agregadas nisso, que é a responsabilização desse profissional por esse cuidado, não é cada dia um vai ver esse paciente, esse pode ser um dos maiores danos que nosso sistema de saúde, para saúde mental fez na cidade assim, nos ambulatorios da cidade, cada dia você via um profissional diferente, aquele mesmo paciente de saúde mental pouco tinha uma longitudinalidade com o profissional e isso tanto para saúde mental quanto para as outras doenças crônicas, então prejudica muito o desempenho clínico, prejudica muito o tratamento desse paciente, e isso talvez seja um dos maiores danos que a gente fez ao longo do tempo, então essa é a primeira intenção”... G2

Para que tenhamos práticas de acolhimento e, portanto, de cuidado em saúde mental na esfera da atenção básica faz-se necessário rever a lógica de que os usuários devam ser acompanhados apenas por especialistas, para que se consolidem as ações de saúde mental na atenção básica.

...“Algum preconceito de setores da Atenção Básica com relação aos usuários de SM. Muitas vezes a proposta de se desenvolver algumas competências da área de SM não é bem recebida, pois acaba sendo vista como “mais um trabalho”. CAPS  
10

“Eu percebo que ainda existe um preconceito da atenção básica com a saúde mental. Às vezes quando a gente encaminha ainda é muito difícil eles quererem receber o paciente”... CAPS 1

...“Muitas das vezes os profissionais tem dificuldades com esses usuários, por conta dessa falta de habilidade técnica para atender usuários de saúde mental, mas se eles tiverem que vir na consulta de hipertensão, eles vão vir, se ele tiver que vir num grupo, ele vai vir, como todos os outros”... AB 3

Já a noção de vínculo, que também contribui para a materialização da integralidade na saúde, está atrelada a conceitos como responsabilização e acessibilidade (SOUZA, 2006).<sup>117</sup> Pode-se definir vínculo como a circulação de afeto entre as pessoas, que resulta da disposição de acolher de uns e da busca de apoio de outros (CAMPOS, 2003).<sup>53</sup> Compreende-se, portanto, o vínculo como referência e relação de confiança. Pensar em vínculo nos remete a cuidado, que consiste numa atividade de relacionamento com o outro e que requer a escuta como aspecto fundamental na construção de vínculos.

Cecílio<sup>113</sup> (2001) define vínculo como o estabelecimento de uma relação contínua ao longo do tempo, sendo pessoal e intransferível; uma relação calorosa entre profissionais, usuários e familiares.

A construção do vínculo como elemento nucleador da ação da atenção básica pode ser trabalhada na ligação afetiva entre dois sujeitos, o que não impede que esta relação muitas vezes aconteça em posições assimétricas, mas que não impedem de manter uma relação efetiva e em disputa, pois o campo do cuidado é micropolítico.

O vínculo é uma diretriz operacional para a mudança do modelo tradicional ainda predominante nos serviços de saúde. Este pressupõe uma reorganização dos processos de trabalho, no sentido de permitir uma maior escuta dos usuários. O que impele para uma qualificação na relação entre profissionais, usuários, familiares e vizinhança, que deve ser pautada na solidariedade e no exercício de cidadania. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).<sup>120</sup>

...“Vários usuários que hoje são acompanhados na atenção básica mantém o vínculo de amizade com a equipe e com os outros usuários do CAPS e por isso frequentam algumas oficinas como o futebol, participam das festas, dos passeios, etc.”... CAPS 1

A saúde mental na atenção básica aposta na construção de vínculos (a)efetivos (Cecílio, 2003)<sup>113</sup> para a construção da autonomia dos sujeitos no território:

...“Esse vínculo que a gente tem com a família, com o usuário, com o paciente, nesse nosso território de abrangência, que esta em torno de 20 mil pessoas, muitos pacientes de saúde mental, a gente tem essa capacidade de atender, de estar junto, de estar na casa, de acompanhar, né, pelo mesmo médico, pelo mesmo enfermeiro, a gente tem essa capacidade de atender bem, diferente de uma unidade de saúde que não tem esse vínculo” ... AB 2

Segundo Ramos e Lima<sup>122</sup> (2003) a relação entre vínculo e acessibilidade aos serviços de saúde não se restringe a dimensão geográfica. A acessibilidade aos serviços de saúde extrapola esta dimensão, abrangendo também a dimensões econômicas e os aspectos culturais e funcionais.

A escuta e a responsabilização entre os sujeitos constituem os vínculos que norteiam os projetos de intervenções integrais de atenção e cuidado a saúde (RAMOS; LIMA, 2003).<sup>122</sup> Neste contexto os profissionais – numa relação próxima, clara, pessoal e não burocrática sensibilizam-se com o sofrimento do outro, se responsabilizam pela vida dos usuários (MERHY, 1994).<sup>123</sup>

A responsabilização, o compromisso com a resolutividade da atenção em saúde mental são apenas possíveis quando se exercita junto aos usuários, familiares, vizinhança ações acolhedoras e geradoras de vínculos.

Um impasse constatado na inclusão das ações de saúde mental na atenção básica reside na resistência tanto dos profissionais de alguns CAPS quanto da AB em trabalhar na perspectiva da linha de cuidado. Por vezes, os profissionais da atenção básica não tomam como encargo o cuidado em saúde mental, delegando o desenvolvimento de práticas de saúde mental aos serviços especializados, os CAPS.

...“um paciente psiquiátrico, que tem um diagnóstico e tratamento mais difícil, que já não é um paciente fácil, necessita ser acompanhado de perto e ele não necessitaria vir para cá para psicologia, porque ele tem diagnóstico, ele precisa ser inserido num serviço para ser acompanhado, ele precisa de um atendimento especializado de psiquiatria”... AB 4

...“Você tem a carteira de serviços da atenção básica, né onde está escrito as práticas que eles têm que ofertar, têm que oferecer, mais não necessariamente

elas ocorrem, então esses casos leves e moderados são de responsabilidade da atenção básica, a atenção básica tem que conhecer todos os seus casos no território, eles tem que ficar responsáveis por esse casos”... CAPS 6

...“Pacientes que não conseguem se organizar com suas medicações, casos graves, que não conseguem ser acompanhados na unidade básica”... CAPS 1

A identificação das necessidades e a produção de vínculo dão-se a partir de negociação, visando estimular a autonomia do usuário quanto à saúde (SCHIMIDT; LIMA, 2004).<sup>124</sup> A partir disso, vínculo é considerado não como uma relação de dependência entre usuário e profissional, mas como uma prática relacional que exige uma postura ativa do usuário, a fim de estimular a sua autonomia no cuidado da saúde.

A integralidade se materializa na medida em que o acolhimento, o vínculo, a responsabilização permitem uma aproximação entre os atores envolvidos, e estes dialogam e produzem novas possibilidades de vida, novos caminhos, novas capacidades, habilidades.

...“Com a chegada da Estratégia da Saúde da Família, que a gente está conseguindo chegar mais próximo da atenção básica, com a estratégia a gente está conseguindo se aproximar mais. Quando tem algum caso que a gente ache que tem que ser discutido com a policlínica, com o CMS, a gente chama direto o profissional daquela unidade para discutir e a gente não tem só essa parceria com a Saúde não, temos também com a Secretaria de Desenvolvimento Social, com a Educação, a gente procura está entrando em todas as áreas”. CAPS 8

É preciso considerar a necessidade de “portas de saída” dos usuários dos CAPS, não na lógica tradicional de encaminhamentos, mas assumir a corresponsabilização de casos junto à atenção básica. Essa seria uma possibilidade de ampliar o espaço dos CAPS junto à rede básica de cuidados. Visto que a grande demanda dos CAPS se constitui num dos empecilhos apontados pelos diretores para que os CAPS exerçam com mais vigor ações de matriciamento e ações na comunidade.

Em algumas unidades básicas foi evidenciada a transferência da responsabilidade pelo cuidado do usuário para o CAPS. Situação semelhante a essa de encaminhamentos é relatada por Onocko Campos et al<sup>104</sup> (2011), num estudo realizado na cidade de Campinas, SP.

“de um lado, as equipes da APS querem delegar aos especialistas, de outro, os profissionais de saúde mental pressionam para que a APS assuma os casos de

saúde mental (ao menos os casos leves).” (ONOCKO-CAMPOS et al, 2011: 4647)<sup>104</sup>

...“A Estratégia de Saúde da Família não dá condições de saúde mental e aí sustentar por exemplo um paciente institucionalizado no saúde da família é muito difícil, não posso dizer que é impossível, mas é muito difícil. A Estratégia de Saúde da Família não consegue sustentar um paciente de longa permanência, esse paciente que veio de longa permanência do hospital psiquiátrico e ele acaba tendo que ir para o CAPS”... G1

...“A saúde mental dentro da rede básica, eu tenho muita discordância em relação a isso, está, olha o que eu te falei sobre esses pacientes que eu recebo aqui, que são pacientes que já tratam há dez anos com o psiquiatra, já usam medicamentos e têm um diagnóstico, e esse paciente, por exemplo, eles, precisam de um atendimento especializado de psiquiatria”... AB 4

No cuidado dos usuários, os CAPS que conseguem estabelecer uma boa articulação com a atenção básica potencializam o trabalho, apoiando os profissionais e os serviços, ou seja, desenvolvem um trabalho conjunto na perspectiva da atenção integral em saúde.

“Aquele senhor que mora aqui do lado, ele começou a surtar porque o PAC foi lá e falou: ‘Você não pode mais morar aqui, você já tem seu apartamento, está tudo documentado, tudo certinho, sua casinha já está lá nova’, ele: ‘vou perder minha vista daqui?’ e a saúde da família falou assim: ‘Eu preciso de ajuda, porque ele vai ser internado, e ele não precisa ser internado, ele sempre trabalhou e está desesperado’, aí tem todo um trabalho de estar indo lá várias vezes, descer com ele junto até aqui o apartamento e começar a construir um trabalho com ele: ‘Olha, infelizmente não é só você’, ele foi o último a sair, mas evitou que ele fosse internado, ele já estava assim deixando de comer, deixando de viver, já delirando, alucinando, já querendo falar com a família, então se não tivesse essa ação junto...” CAPS 12

Para que tenhamos práticas de cuidado e não de exclusão torna-se premente que os serviços tomem a integralidade da atenção como prerrogativa para o trabalho, é preciso ter uma visão integral dos sujeitos para que possamos implantar práticas e ações integrais em saúde.

Todavia, para que seja possível a construção e solidificação da articulação da saúde mental com a atenção básica, é imprescindível tomarmos as noções de vínculo, acolhimento e responsabilização como constituintes da integralidade da atenção em saúde mental.

## 4.2 Saúde Mental na Atenção Básica: uma possibilidade de equidade no cuidado

Pensarmos em equidade exige que reflitamos sobre os significados deste conceito, com vistas a torná-lo apreensível, e sobre qual equidade está se buscando.

À primeira vista, equidade pode soar como “igualdade”. Entretanto, na equidade é introduzida a ideia de diferença na “igualdade”. A equidade é parte de um processo histórico de lutas sociais que se estabelecem em diferentes contextos, com vistas à conformação de padrões de cidadania diferenciados (ESCOREL, 2001).<sup>125</sup>

No caso da saúde, diferenças e igualdades podem ser pensadas, nas seguintes dimensões: condições de vida e acesso e utilização de serviços de saúde.

A equidade é uma estratégia potencial para estimular mudanças, como as de situações de desigualdade para igualdade. Deste modo, pensa-se em equidade para diminuir ou minimizar as desigualdades sociais que permeiam o processo saúde-doença, individual e coletivo.

Segundo Aristóteles: “A própria natureza da equidade é a retificação da lei no que esta se revele insuficiente pelo seu caráter universal” (ABBAGNANO, 2007:396).<sup>126</sup>

A lei tem caráter geral e, no entanto, sua aplicação é imperfeita ou difícil em certos casos. Sendo assim, nestes casos, a equidade intervém para julgar, não com base na lei, mas com base na justiça que a própria lei deve realizar.

Numa concepção distinta, a equidade não se presta a uma autêntica reivindicação jurídica e que, deste modo, não caberia aos tribunais, mas ao tribunal da consciência (ABBAGNANO, 2007).<sup>126</sup>

Das ideias aristotélicas é possível pensar o caso da saúde no Brasil: O SUS configurou-se a partir de um conjunto de leis, que se pretende universal, no entanto, sabe-se que imperfeições destas leis são suscetíveis e, de fato, acontecem. Cabe, portanto, para estes casos de imperfeição de aplicação da lei, usar a equidade.

A equidade pode, assim, constituir o princípio norteador quando da aplicação das leis do sistema de saúde brasileiro, de modo a obter justiça social. Mas, no entanto, pode se referir ao princípio norteador das mentes conscientes dos profissionais de saúde. Outros sentidos, destes originados, são passíveis. Entretanto, justiça e consciência passam a ser vistos como sentidos históricos da equidade.



A partir do momento em que o tema das desigualdades em saúde passou a ser tratado para além das diferenças entre grupos sociais, foi incorporada ao processo a dimensão de justiça social. Este novo enfoque direcionou a análise para o campo político, com a incorporação de valores morais e éticos que regem determinada sociedade (VIANA et al, 2003).<sup>127</sup>

Do ponto de vista governamental, a garantia de direitos comuns, com vistas à sua igualdade constitui o processo de construção da cidadania. O Estado passa a se articular com indivíduos igualados. A cidadania envolve, portanto, mudança na concepção de indivíduo.

Pois bem, os direitos civis e os políticos podem ser vistos como “comuns”, no sentido de serem “distribuídos” indistintamente aos indivíduos nascidos em determinada sociedade. No entanto, outros direitos, como os sociais (saúde, educação, emprego, habitação, transporte, etc.), podem ampliar a ideia de cidadania, mas, exigem a intervenção do Estado por meio de ações e instituições.

A busca de igualdade perante os indivíduos parece ser fundamental para uma sociedade justa. Isto porque se acredita que a igualdade é condição necessária com vistas à liberdade.

A partir da homogeneização da sociedade, por meio do princípio da igualdade, deixa-se de levar em consideração as diferenças dos grupos sociais. Pode-se afirmar que a homogeneização social dilui as diferenças, com prejuízos para os mais pobres na estratificação social (ESCOREL, 2001).<sup>125</sup>

Ao introduzir a diferença, no espaço da cidadania, que é um espaço de igualdade, possibilita entender e tratar a diversidade como a base das sociedades modernas e contemporâneas.

De acordo com Sposati<sup>128</sup> (1999:128), “a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime”.

Respeitar a diferença nas ações e políticas governamentais representa a possibilidade de interagir com a diversidade e com a pluralidade da condição humana. Portanto, a equidade refere-se à observação, ao respeito no cuidado a cada sujeito.

...“a saúde mental, ela é presente na saúde, ela não é separada, eu não vejo a saúde mental separada, ela faz parte de um todo, acho que você qualificando os

profissionais para que eles conheçam e saibam como lidar com essa parcela da população que existe, que é uma parcela esquecida, mas é uma parcela que existe e que eles identificam e eles identificam as dificuldades que eles têm de lidar com essas pessoas”... AB3

Ao tecer as práticas, não separando questões da saúde mental e atenção básica, reconhece-se aqui a flexão da equidade como sendo o tratamento oferecido ao usuário em acordo com sua diferença e especificidade de cuidado.

A palavra equidade tem sido amplamente utilizada nos textos de autores da Saúde Coletiva, com o significado de se constituir em um dos princípios do Sistema Único de Saúde. No entanto, em consonância com Escorel<sup>125</sup> (2001:1), a sua utilização como tal é recente, pois ela “não é uma categoria utilizada no discurso do movimento sanitário, não fez parte do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (exceto como equidade no acesso) e não está plasmada em lei”.

Embora relacionada ao aspecto do acesso dos cidadãos ao SUS, extrapolou esta dimensão e pode ser pensada como um princípio norteador para os serviços de saúde (dimensão micro) e para as políticas de saúde (dimensão macro).

Na Constituição Federal de 1988, no art. 196, a saúde é tida como direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998)<sup>91</sup>.

Posteriormente, na Lei 8.080/90<sup>16</sup> (BRASIL, 1990) ficou estabelecido que o SUS possui como um de seus princípios a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”

A reforma implantada no sistema de saúde brasileiro no final dos anos 1980 tinha duas questões intrínsecas e essenciais: a garantia da saúde como direito de cidadania e a noção de equidade quanto à distribuição mais ampla dos recursos da saúde. Tal fato deu-se em função das duras críticas ao sistema de saúde da época, que deixava à sua margem grande parcela da população, justamente a que sofria maiores desvantagens sociais e que, por isso, provavelmente tinha mais necessidades de saúde (VIANA et al, 2003)<sup>127</sup>.

A equidade, segundo Roncalli<sup>129</sup> (2003), é um desdobramento da ideia de universalidade, assegurando que os serviços de saúde considerem as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos.

Desta maneira, ela consiste em “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira” e afirma que “todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades” (BRASIL, 1990).<sup>16</sup>

Percebe-se que as definições presentes na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde são o princípio de igualdade à assistência relacionado com a universalização do acesso aos serviços de saúde. Deste modo, universal e igualitário foram os conceitos centrais nestes textos legais (ESCOREL, 2001).<sup>125</sup>

Assim sendo, quando o termo equidade aparece nos textos legais não está claramente definido e quando se consolida como princípio orientador do SUS é definido como “igualdade justa”, o que leva a mais dúvidas do que esclarecimentos. Desta maneira, “há distinção entre equidade (equânime) e igualdade (universal), mas não está discutida a importante associação entre os termos em que ‘é no espaço público, entre iguais, livres que os homens podiam expressar sua diversidade’” (ESCOREL, 2001:18).<sup>125</sup>

Parece oportuno esclarecer, uma vez mais, que diante de um contexto de complexidade, em termos de profundas desigualdades sociais, vale a pena refletir sobre qual equidade se almeja construir. Além disso, sobre quais diferenças respeitar e quais reduzir.

As desigualdades em saúde são definidas a partir da ideia de que os problemas de saúde prevalecem e incidem diferentemente entre indivíduos de grupos socioeconômicos mais altos e mais baixos. Elas podem se referir às desigualdades nas condições de vida, de saúde, de adoecimento e de morte dos diferentes grupos sociais, bem como às diferentes formas de distribuição, organização e utilização dos recursos em saúde (VIANA et al, 2003).<sup>127</sup>

...“A equidade tem aí duas questões que merecem ser trabalhadas, pode ser trabalhada de maneira mais macro no sistema, e aí pode trabalhar investindo em quem precisa de maior aporte aí do setor saúde, numa maneira maior então, quando a gente discute aqui que é mais importante dá mais resultado para as pessoas verem mais e verem melhor, investir em serviços de atenção primária, investir em serviços multiprofissionais próximos das pessoas em unidades menores, a gente está trabalhando nessa perspectiva da equidade, deixa de beneficiar mais pessoas, procuro beneficiar mais pessoas no que dá mais resultado para as pessoas verem mais e viverem melhor, isso também acontece no próprio sistema de saúde, nas próprias equipes de saúde da família, as equipes de saúde da família por estarem próximas desse paciente, dão mais atenção, ocupam mais o seu tempo geralmente com as pessoas que precisam mais desses serviços, apesar da maioria das vezes a gente cuidar das pessoas que precisam menos dos serviços e isso é um clássico dos serviços de saúde, muitas vezes a pessoa que mais precisa é aquela que nunca foi ou não tem acesso, isso tende a acontecer

menos nos serviços próximos às pessoas e a distribuição aí das necessidades das pessoas em relação ao que sistema pode oferecer, acontecem de maneira mais equânime quando eu estou próximo no dia a dia daquele grupo populacional completo, então tanto no serviço mais local quanto na gestão central”... G2

A equidade relaciona-se ao conceito de saúde. A partir do momento em que a saúde passa a ser concebida como direito de cidadania, a equidade passa a ser questão fundamental em termos de políticas, de programas e de ações em saúde. Falar em saúde exige o entendimento de que ela conforma um campo ou espaço peculiar permeado por variáveis múltiplas.

Para Escorel<sup>125</sup> (2001), o foco no território específico, onde se processa a vida social, é um primeiro modo de aproximar-se das necessidades de saúde. Assim, defende-se que é no território que se relacionam fatores como trabalho, renda, acesso a bens e serviços, os quais modulam condições de vida, hábitos, comportamentos dos indivíduos diante da sua existência.

A segunda dimensão da equidade em saúde, em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde, analisa as possibilidades de consumo de serviços de diferentes complexidades pelos indivíduos. A questão que cabe é a de qual a “postura” dos serviços de saúde (como se dá a atenção) frente às necessidades de saúde dos indivíduos: os sujeitos, ao adentrarem na unidade prestadora, serão tratados igualmente ou serão tratados diferentemente, de acordo com suas necessidades?

...“O preconceito do PSF é evidente, acho que isso na saúde mental isso é muito forte, ainda, né, com relação a principalmente o uso de álcool e outras drogas”... CAPS 6

...“Os profissionais da atenção básica têm dificuldade de entender o campo da saúde mental, têm receios às vezes de interação com os usuários”... CAPS 5

...“A unidade ficou muito nervosa porque nós íamos receber pacientes psiquiátricos, e o medo de crises e coisa e tal”... AB 8

...“O estigma, do louco, do perigoso, do maluco, do assassino, né...da periculosidade do doente mental, ...o que é que eu vou fazer aqui com essa pessoa que está chorando e não para de chorar? O que eu vou fazer com essa pessoa aqui que está com medo? Eu não sei o que fazer, eu não sou especialista. Tem que ter um trabalho em conjunto, não é só decretar que tem que atender, é trabalhar com essas equipes para poder potencializar, se sentirem capacitadas e capazes, acho que menos capacitadas e mais capazes e de poder lidar com o sofrimento.” G1

De acordo com Goffman<sup>130</sup> (1988), o estigma está relacionado a uma característica que difere ou quebra as expectativas normativas da sociedade e, faz com que um indivíduo que poderia facilmente ser recebido na relação social cotidiana seja afastado, destruindo a possibilidade de atenção a outros atributos seus. A loucura é uma doença que traz consigo um histórico de estigma (ARAÚJO, 2007).<sup>119</sup> E este faz com que os considerados loucos sejam tratados de forma que a equidade não se materializa.

...“A saúde mental não é um setor à parte da vida das pessoas, mesmo pacientes que têm problemas de saúde mental, esse mesmo usuário tem problema de hipertensão, de diabetes, tem problemas outros de sua vida, de doenças infecto-parasitárias, e não separar a saúde mental desse contexto de vida desses pacientes é um dos nossos principais objetivos hoje, quando a gente direciona esse paciente para atenção primária”... G2

Outro ponto que merece ser destacado é a possibilidade de equidade às avessas, isto é, no intuito de ser equânime, atendendo todos de formas igual restringe-se o acesso dos usuários, visto que a possibilidade de consumo dos serviços deve ser dar pela complexidade do usuários, não devendo haver um “protocolo” unificador de indivíduos.

De acordo com Cecílio<sup>113</sup> (2001) a luta pela equidade nos serviços de saúde implica uma reflexão sobre aspectos da organização dos micro processos de trabalho, da gestão e planejamento das ações, e, principalmente, impele para a construção de novos saberes e práticas em saúde.

A equidade corresponde a um princípio orientador importante na definição das políticas de saúde e nos seus desdobramentos em programas e ações.

Um sistema de saúde desenhado sob a ótica da redução de gastos e da mínima participação governamental dificilmente está preocupado com a equidade em saúde. O financiamento setorial é, sem dúvida, um dos componentes essenciais para um sistema de saúde resolutivo. No entanto, financiamento sem princípios norteadores bem estabelecidos, adequados a cada contexto, resulta em desperdícios de recursos, sem melhoria das condições de saúde da população.

Outra dimensão diz respeito à institucionalidade do sistema de saúde. De acordo com Escorel<sup>125</sup> (2001), esta dimensão comporta dois aspectos fundamentais da implantação

das políticas de saúde: (1) a descentralização de poder e autonomia para o nível local do sistema, isto é, para o espaço geográfico delimitado por municípios e, quando for o caso, distritos de saúde. Trata-se também da responsabilização dos municípios pelas condições de saúde e para a atenção às necessidades; e (2) a participação comunitária nos processos de decisão do sistema de saúde, por meio de controle social representativo e efetivo.

A equidade em saúde pode ser pensada, em função do exposto nos tópicos anteriores, em quatro grandes dimensões: (1) em relação às condições de saúde; (2) em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde; (3) em relação ao princípio orientador das reformas no setor saúde; e (4) em relação à institucionalidade do sistema de saúde.

No entanto, outras dimensões podem ser adotadas, como aquelas utilizadas por Viana et al<sup>131</sup> (2005), que representam desdobramentos das dimensões acima: (1) oferta de serviços de saúde (recursos humanos e capacidade instalada); (2) acesso e utilização de serviços; (3) qualidade da atenção; (4) situação de saúde; (5) saúde e condições de vida; e (6) financiamento das ações.

Viana et al<sup>127</sup> (2003) afirmam que a implantação de políticas equânimes, isto é, que reconheçam as diferenças atinentes às necessidades, implica a definição de campos específicos para a sua aplicação. Na saúde, podem ser percebidos ao menos três importantes campos: (1) distribuição de recursos; (2) oportunidades de acesso; e (3) utilização dos serviços.

Tendo em vista as dificuldades e limitações do setor saúde em resolver desigualdades e na identificação dos determinantes específicos deste campo, afirma-se que a equidade na alocação e no consumo de serviços de saúde é uma dimensão própria das políticas, pois se trata de responsabilidade específica do sistema de saúde (VIANA et al, 2003).<sup>127</sup>

Tendo em mente a questão da diversidade-diferença e das dimensões em torno da equidade, fica estabelecido que prioridades devem ser elencadas, com vistas a modificar situações de desigualdade injustas em saúde.

Um cuidado muito grande deve ser tomado, entretanto, quando são feitas as escolhas em torno de prioridades em saúde: o de não contribuir para que as desigualdades e diferenças injustas sejam reproduzidas.

A equidade em saúde, por meio das suas várias dimensões, deve ser pensada no hoje, mas, com vistas ao amanhã. Ela não se limita a ações pontuais, num determinado

contexto sócio-histórico. Ela representa um conceito atemporal, flexível, sem contornos matematicamente definidos e observáveis. Como ação concreta do presente projeta-se no futuro. Pode ser vista como um conceito-ferramenta que vale a pena ser defendido e lutado, ao lado de outros, como a integralidade e o cuidado em saúde.

Portanto, para Escorel<sup>125</sup> (2001:13), há que se pensar a equidade em saúde “como um processo permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e sua abrangência à medida que certos resultados são alcançados”.

Existe uma mobilidade no conceito de equidade: o entendimento sobre uma política equânime depende da sociedade a qual se aplica o conceito e do momento ou tempo em que se pensa a questão. Assim, aquilo que se considera injusto ou o que se pretende fazer para reduzir as disparidades sociais tem dimensões e valores diferentes para espaços sociais distintos em diferentes épocas (VIANA et al, 2003).<sup>127</sup>

Atender às diferentes necessidades de saúde dos sujeitos e grupos remete a identificação e priorização de ações. Mas, para propor medidas eficazes há que se pensar nos determinantes das necessidades de saúde.

Estudos epidemiológicos apontam para as desigualdades nos modos de adoecer e morrer nas sociedades, evidenciando diferenças com relação ao lugar, tempo, idade e sexo, assim como entre grupos, etnias, gênero e classes sociais (VIANA et al, 2003).<sup>127</sup>

Diante do exposto, ficam questionamentos: quais os principais componentes do setor saúde que são determinantes para reduzir desigualdades tão profundas e enraizadas socialmente? Em que medida a adoção de políticas públicas pautadas na equidade em saúde pode reduzir desigualdades sociais?

Sabe-se que as ações de redução de desigualdades sociais, incluindo a saúde, deve ser objeto de políticas intersetoriais. Assim, saúde, educação, trabalho, alimentação, moradia, transporte, dentre outros, encontram-se intimamente relacionados e devem, portanto, ser objeto de ações de diversos setores governamentais ou não.

Viana et al<sup>127</sup> (2003:59) expõem que a equidade em saúde remete à noção de que

“todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Conseqüentemente, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas” (VIANA et al., 2003:59).<sup>127</sup>

Segundo Escorel<sup>125</sup> (2001), a equidade em saúde é, na maioria das vezes, construída por meio da definição de iniquidade, isto é, por aquilo que ela não é.

A observação da definição acima pode ser esquadrinhada em algumas ideias: a iniquidade relaciona-se à injustiça, à execução de ações (serviços) desnecessárias e indesejáveis; está na dependência do julgamento incorreto entre o bem e o mal (ética), entre ações que deviam ser feitas (e não foram) e outras que não deviam (e foram).

As políticas que almejam a equidade em saúde devem propor medidas para a redução ou a eliminação das diferenças resultantes de fatores considerados evitáveis e injustos, criando iguais oportunidades em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possível (VIANA et al, 2003).<sup>127</sup>

Para Viana et al<sup>131</sup> (2001), a equidade está relacionada ao recebimento de atenção em saúde segundo as necessidades. Sabe-se que cada indivíduo difere do outro em suas necessidades de saúde. Fica subentendido, então, que a equidade refere-se à observação, ao respeito e ao tratamento diferenciado para cada indivíduo. Assim, contrariamente, a iniquidade é tida como uma desigualdade injusta.

Escorel<sup>125</sup> (2001:9) chama a atenção para o fato de que a iniquidade em saúde relaciona-se com as ideias de diferença e desigualdade. No entanto, a autora defende que “diferenças são sempre expressão da diversidade em sociedades solidárias ou injustas, o que diverge é o tratamento dado às diferenças o que nos conduz às regras de distribuição, aos critérios de justiça”. Então, ademais das diferenças o importante está na forma como estas são tratadas.

Pensando a equidade em saúde pela sua forma negativa, isto é, pela iniquidade, propõe-se que esta refere-se à (in)diferença perante as condições e necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. Assim, a (in)diferença dos profissionais, gestores, trabalhadores e demais pessoas envolvidas no setor saúde representaria uma das ideias possíveis da iniquidade em saúde. Diferença (justa) sim. (In)diferença, não.

“Equidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical)” (STARFIELD, 2001:53 ).<sup>90</sup>



Os debates mais recentes em torno da temática “desigualdades e equidade em saúde” têm sido sustentados a partir da ideia de justiça social. A incorporação desta noção trouxe avanços imensuráveis para a elaboração de políticas mais equânimes, uma vez que pressupõe tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, abrindo espaço para o exercício de certa discriminação positiva (VIANA et al, 2003).<sup>127</sup>

Tal discriminação se dá com o propósito de reduzir, minimizar, eliminar desigualdades injustas. Além disso, tendo em mente o mundo contemporâneo, globalizado e permeado por fragmentações e diversidades dos processos sociais, a noção de igualdade só se aplica e completa se seguida da de equidade. Desta forma, “não basta um padrão universal se ele não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime” (VIANA et al, 2003:60).<sup>127</sup>

...“Os usuários são atendidos em todas as circunstâncias, crise, fora de crise, usuários antigos, novos, encaminhados”. CAPS 1

Assim sendo, de acordo com Campos<sup>132</sup> (2006), o termo equidade apresenta dois sentidos principais: um genérico, equivalente ao de justiça e igualdade; e outro mais específico, se referindo à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação.

Poderíamos considerar a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica uma estratégia de equidade uma vez que possibilita o atendimento necessário aos que necessitam e próximo ao seu local de moradia. Essa articulação aponta para a necessidade de se considerar o usuário como alguém singular, com direito à diferença (MERHY, 2002).<sup>100</sup> Os serviços precisam se solidificar como um lugar mais solidário, mais aberto às diferenças, mais equânimes.

No entanto, não há como pensarmos em garantir princípios do SUS como a equidade sem a garantia da universalidade do acesso.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se constitui numa possibilidade para a adoção de práticas equânimes e também em estender o acesso às ações de saúde mental aos usuários, seja na atenção básica ou nos CAPS. Entretanto, uma questão que merece ser debatida e enfrentada é o consenso de que os casos considerados mais graves pelas equipes da atenção básica são encaminhados aos CAPS, a mesma lógica é

compartilhada pelos profissionais dos CAPS. A resposta dos serviços de atenção básica à atenção aos usuários com transtornos mentais graves tem sido o endereçamento para os CAPS. Sendo assim, os CAPS têm se configurado como serviços especializados de referência para os casos mais graves.

Os CAPS têm sido destinados a ser um dispositivo de cuidado de transtornos graves, enquanto a atenção básica tem sido encarregada do cuidado aos transtornos considerados leves.

...“a gente não tem priorizado casos leves para os CAPS, são casos graves, a prioridade dos CAPS são casos graves, na verdade assim, a prioridade dos CAPS são pessoas em sofrimento psíquico, não usa nem mais essa palavra casos graves, então assim, estando em sofrimento psíquico ela tem que ser acolhida pelo CAPS e a partir daí a gente vai ver se de fato é, se for um caso grave vai ficar, se não for, a gente vai pensar em ações e uma delas pode ser o matriciamento, o próprio CAPS acompanhando essa pessoa no território junto à clínica da família.” G1

...“ A coordenação de saúde mental entende que a prioridade é que os casos graves sejam atendidos nos CAPS e os casos mais leves pela saúde da família.” G1

...“A gente atende, mas encaminha para a unidade de referência quando é um caso novo. Se for um caso já antigo, nós tentamos tomar as medidas aqui mesmo, como medicação e acompanhamento, e se for o caso solicitamos que fique voltando diariamente até ser decidido que atitude tomar”... CAPS 6

Não foi possível identificar a atenção à crise na atenção básica, os casos mais graves são direcionados para acompanhamento nos CAPS sem que haja referências nas equipes de atenção básica para esses usuários. Se trabalharmos com a ideia de serviço substitutivo proposta por Nicácio<sup>133</sup> (2003), não seria possível considerar a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica como sendo substitutivas das práticas tradicionais. No entanto, essa estratégia traz consigo a potência substitutiva de saberes, práticas e modos para exercer a clínica no cotidiano.

Os CAPS precisam prescindir de um cuidado por vezes “totalizante” e não integral, precisam reconhecer a potência da atenção básica em transitar no território, é preciso prescindir da lógica de que o CAPS é quem sabe cuidar; é preciso compreender o CAPS como uma estratégia (YASUI, 2010)<sup>67</sup> e não como um serviço fixo, estático e detentor do conhecimento mais sofisticado sobre o cuidado em saúde mental.

A equidade é uma diretriz fundamental para os serviços de atenção psicossocial. É preciso considerar a singularidade dos sujeitos face ao processo de adoecimento psíquico. Sendo assim, os serviços e profissionais precisam adotar práticas mais flexíveis, assim como a organização da dinâmica dos serviços também necessitam ser mais flexíveis, terem maior plasticidade e porosidade para fazer caber as diferenças no espaço dos serviços. Trabalhando na perspectiva da equidade, desenvolveremos práticas inclusivas e integrais em saúde.

#### **4.3 Práticas de Saúde Mental na Atenção Básica: dispositivo para acesso a saúde**

A atenção em saúde mental deve ser acessível, para tanto o local também deve estar apta a atender às diferentes necessidades dos usuários. Para tanto, a acessibilidade torna-se um eixo central, pois, de acordo com Saraceno<sup>59</sup> (1999), o serviço pode ou não estar atendendo às reais necessidades dos usuários. Adotar a acessibilidade como princípio dos serviços levanta questões geográficas, de períodos e de formas de funcionamento, atividades desenvolvidas, entre outras.

Partindo-se do princípio do direito à saúde previsto na constituição federal, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis, a atenção básica pode ser considerado um dos caminhos para consolidação desse direito. Mais do que garantia constitucional, o acesso universal é bandeira de lutas sociais, sendo um dos elementos fundamentais no reconhecimento dos direitos de cidadania (JESUS; ASSIS, 2010).<sup>134</sup>

Jesus e Assis<sup>134</sup> (2010) referem-se ao acesso a ações e serviços de saúde na perspectiva de um direito individual e coletivo adquirido constitucionalmente, num conceito ampliado, explicitando a construção do sistema e a conformação das práticas de maneira participativa, com cidadania.

A elaboração da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde pelo Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, que apresenta como princípio garantir a todo cidadão brasileiro a facilidade de acesso aos serviços de saúde do SUS assume o acesso aos serviços de saúde como direito de cidadania (CORRÊA et al, 2011).<sup>135</sup>

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes impreciso, variável ao longo da história e que só ganha sentido dentro de um contexto determinado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).<sup>136</sup>

Segundo o dicionário Houaiss,<sup>106</sup> acesso significa ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo. Ao pensar em serviços de saúde, a definição de Houaiss<sup>106</sup> nos remete a porta de entrada, porém o acesso ultrapassa esta conexão simplória de porta de entrada, configurando-se como dispositivo transformador da realidade (JESUS; ASSIS, 2010).<sup>134</sup>

Donabedian<sup>137</sup> (1973) optou pelo uso do termo acessibilidade em vez de acesso. Para o referido autor, acessibilidade significa ingresso ao sistema de saúde. É definida como um dos aspectos do serviço em responder as demandas. Indica o grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Donabedian<sup>137</sup> (1973) inclui no conceito de acessibilidade a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. Para o autor, acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam o uso por usuários potenciais. É ainda encarada como fator explicativo das variações no uso dos serviços de saúde por grupos populacionais. Donabedian<sup>137</sup> (1973) aponta duas dimensões referentes à acessibilidade. A primeira delas refere-se à acessibilidade sócio organizacional que inclui todas as características da oferta de serviços. A outra se refere à dimensão geográfica, que favorece ou dificulta o uso dos serviços.

...“A gente tem um grupo que a gente chama de porta de saída e a gente avalia esses pacientes e faz o encaminhamento de uma forma cuidadosa, mas aí a gente esbarra na dificuldade lá na Atenção Básica. O paciente tem que se sentir acolhido, coisa que a gente quando chega na ponta, lá na rede básica, a gente não consegue ver isso, enxergar isso, tem uma burocracia que impede a chegada do paciente”... CAPS 2

Partindo da concepção de Danabedian<sup>137</sup>, Schimit e Figueiredo<sup>138</sup> (2009), afirma que acessibilidade ou acesso refere-se ao desenho do serviço. Desenho este que pode potencializar ou não o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde.

Vargas et al<sup>139</sup> (2011) afirmam que acesso pode ser abordado sobre diferentes enfoques que vão além do geográfico e sócio-organizacional. O primeiro enfoque refere-se ao aspecto político. Tal enfoque considera as relações entre políticas públicas e a

conformação histórica do modelo de atenção à saúde. Ao se pensar esta conformação, o acesso a ações e serviços por meio da articulação entre saúde mental e atenção básica é apresentado por um dos sujeitos do estudo que a política de saúde mental no município do Rio de Janeiro busca esta articulação.

...“a gente sempre buscou isso né... a Reforma busca isso, a inclusão da saúde mental como saúde e não como uma exclusão, a inclusão do usuário de saúde mental. Se ele está morando e vivendo naquele território e se você tem como porta de entrada para as ações de saúde como uma lógica do trabalho em saúde, por que não a saúde mental não estar nesse espaço? Senão a gente vai voltar à lógica da exclusão, então tem que ter esse espaço. O que eu só não concordo é que você tem que excluir um serviço existente, existem várias portas de entrada, quem dá a direção da porta de entrada não sou eu nem é você, é a população, ela que vai optar se vai entrar pela saúde da família, pelo CAPS, pelo hospital, por onde for, mas se a gente não oferecer possibilidades, a população fica meio sem recursos e como os quadros que a gente atende são de uma variedade enorme, quanto maior variedade tiver de possibilidades a gente vai ter, então para a cidade do Rio de Janeiro tem tudo a ver saúde da família, tem tudo a ver atenção primária”. G1

O segundo aspecto refere-se ao enfoque geográfico do acesso que se relaciona a distância e obstáculos a serem transpostos para que os usuários cheguem aos serviços de saúde e o tempo que eles permanecem afastados do trabalho. Há também o enfoque funcional ou técnico que considera os tipos de serviços e a qualidade dos mesmos, seus horários de funcionamento, e a disponibilidade de um serviço de referência para o nível de assistência necessário. Outro aspecto apontado é o enfoque cultural ou simbólico. Neste enfoque os autores afirmam que este se refere à inserção dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população e às representações sociais acerca do processo saúde doença. Há ainda o enfoque econômico relacionado ao acesso às ações e serviços de saúde que aborda a relação entre oferta e demanda e aos recursos financeiros despendidos pelos usuários para o deslocamento até os serviços de saúde.

Carneiro Jr; Jesus; Crevelim<sup>140</sup> (2010) apontam que para compreender o acesso na perspectiva da utilização dos serviços é necessário pensar em três dimensões. A primeira delas refere-se à disponibilidade, que diz respeito à oferta dos serviços de saúde. Nesta perspectiva é possível afirmar que, apesar da conformação da rede, esse acesso ainda é precário. Apesar de o município do Rio de Janeiro contar com 22 CAPS, sendo que desses, 19 são de responsabilidade da gestão municipal, sendo 4 CAPS infanto-juvenil, 2 CAPS álcool e drogas (AD), 11 CAPS II e 2 CAPS III. Os demais CAPS competem à gestão da

esfera estadual: CAPS II UERJ e CAPS ao CENTRA-RIO, e o CAPS CARIM compete à gestão federal. O quantitativo de serviços substitutivos ainda é insuficiente ao tomarmos como referência a portaria nº 336/02 e o indicador proposto pelo Ministério da Saúde (2011)<sup>141</sup> no documento *Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela Saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011*. O referido documento sugere um CAPS para cada 100.000 habitantes. Sendo assim, seriam necessários sessenta e quatro (64) CAPS para a população estimada pelo IBGE para o município do Rio de Janeiro. De acordo com este indicador, o município conta com uma cobertura atual em saúde mental equivalente a 30%. Somente 25 % do município do Rio de Janeiro são cobertos pela Estratégia Saúde da Família (Clínica da Família) – principal dispositivo da atenção básica do município. Diante disto, torna-se necessário ampliar o número dos serviços de Saúde da Família para que a articulação entre saúde mental e atenção básica possa garantir o acesso aos usuários.

...“No Rio de Janeiro, eu tenho mais médicos especialistas, e ofereço quase o dobro de consultas especializadas de saúde mental do que de atenção primária, e nenhuma evidência mostra que isso faz bem para os pacientes, mas sim faz bem para outros interesses que não os resultados daquilo que a gente quer alcançar, hoje a gente tem uma forte ampliação de acesso, tanto para saúde mental quanto para os outros componentes de atenção, na ampliação de atenção primária, entretanto ainda tem uma rede de CAPS muito tímida e muito modesta, a gente tem poucos CAPS na cidade, tínhamos 15 CAPS, nenhum CAPS III, hoje a gente tem 17 CAPS com 2 CAPS III, a nossa previsão é chegar a 20 CAPS no final da gestão, a gente inaugurar mais três unidades esse ano; claro que a gente gostaria de inaugurar mais, mas os recursos ainda não são o que a gente deseja, mas são muito mais do que a gente tinha anteriormente, o orçamento da saúde mental praticamente dobrou nesses dois anos, e todo investimento novo entrou para atenção primária no cuidado de saúde mental, ou na atenção primária ou secundária, com redução do investimento para atenção terciária.”... G2

Outra dimensão refere-se à acessibilidade que tem relação com a proximidade dos serviços aos usuários, incluindo a localização, a organização das formas de trabalho, aos fluxos intra e entre serviços. A terceira dimensão refere-se à aceitabilidade que se relaciona às características das populações, incluindo crenças, condições socioeconômicas e grau de satisfação com o serviço utilizado.

Jesus e Assis<sup>134</sup> (2010) também trabalham as dimensões do acesso e apontam quatro aspectos a serem considerados: a dimensão econômica do acesso a serviços de saúde, a dimensão tecnoassistencial, a dimensão política e a dimensão simbólica. Na dimensão

econômica os autores relacionam acesso à equidade, racionalização e relação entre oferta e demanda. Eles afirmam que para garantia do acesso deve-se buscar o equilíbrio na relação entre oferta e demanda. Na dimensão tecnoassistencial é mencionado planejamento, organização, regionalização, hierarquização, definição de fluxos, qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde. Considerando-se o acesso nesta dimensão, se faz necessário organizar a rede assistencial de forma regionalizada e hierarquizada. Quanto à dimensão política, há relação com as políticas de saúde, conformação histórica do modelo de atenção à saúde e a participação da comunidade. E, para que o acesso seja garantido, se faz necessário desenvolver a consciência sanitária e organização popular. E, finalmente, na dimensão simbólica Jesus e Assis<sup>134</sup> (2010), referem-se às percepções, concepções e atuação dos sujeitos, representações sociais do processo saúde-doença, representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades. Sendo necessário para o acesso que abordem as representações sociais da atenção à saúde e dos serviços.

De acordo com Haggery et al<sup>142</sup> (2003), o acesso à rede de serviços de saúde se constitui numa dimensão da continuidade do cuidado e, para tanto, requer a existência de uma rede articulada e integrada de serviços para a viabilização de um trabalho coordenado, e que envolva as múltiplas dimensões da vida e do cotidiano, como moradia, trabalho e lazer.

Ao buscar uma atenção integral aos portadores de transtorno mental no território de maneira satisfatória, há a necessidade de parcerias entre os serviços de saúde. A atenção básica que é apontada como porta de entrada da rede assistencial é propícia para o desenvolvimento de ações em saúde mental que visam à substituição de práticas tradicionais, focalizadas na doença, por práticas integrais que reconheçam o sujeito nas suas diversas dimensões e como protagonista do cuidado em saúde.

...“duas importantes formas de ampliação do acesso, a primeira é o aumento da cobertura de atenção primária e conseqüentemente mais pacientes sendo atendidos com problemas de saúde mental e esvaziamento da atenção secundária”...G2

Segundo Carneiro Jr; Jesus; Crevelim<sup>140</sup> (2010), a organização do processo de trabalho para a garantia do acesso aos serviços de saúde é uma das principais características

da ESF, conferindo-lhe singularidade e potência como modalidade tecnoassistencial em atenção básica.

Diante disto, se torna possível afirmar que a Saúde da Família configura-se como uma modalidade tecnoassistencial para o acesso aos serviços de saúde, visto que a atenção básica tornou-se prioritária no SUS diante da sua capacidade de resolução dos principais problemas de saúde, promoção de saúde e reorganização do uso dos demais níveis de atenção (CARNEIRO JR; JESUS; CREVELIM, 2010).<sup>140</sup>

A atenção básica apresenta potencialidades no desenvolvimento de ações em saúde mental. Constitui-se como um espaço privilegiado para uma atenção integral. O acompanhamento integral longitudinal próximo da comunidade permite uma abordagem mais complexa das suas demandas, incluindo as de saúde mental. Desta forma sua implantação tem sido uma diretriz das políticas públicas na busca da universalidade da assistência e da ampliação do acesso aos serviços de saúde (TANAKA; RIBEIRO, 2009).<sup>143</sup>

Um dos desafios hoje colocados para a implantação do atendimento integral em saúde mental está diretamente relacionado à questão da acessibilidade do cuidado territorial. Para garantir o acesso a atenção em saúde mental é preciso que os serviços estejam disponíveis para a população que dele necessita. Por isso a necessidade de os serviços estarem próximos aos locais de vida das pessoas. Para a garantia da efetividade da atenção da saúde mental na atenção básica é preciso garantir o acesso ao cuidado que o usuário necessita.

...“A ampliação do acesso, consiste primeiro em tirar os pacientes que estão nos serviços de saúde mental especializados, e que não deveriam estar, para a atenção primária, e aí eu abro vaga para quem realmente deveria estar sendo conduzido em conjunto com a atenção primária pela saúde mental mais especializado, outra questão é própria ampliação da rede básica com acesso da saúde mental para os transtornos leves e transtornos que não tenham maiores complicações que precisam de outro nível de atenção, então são duas frentes, além disso tem o aumento de uma camada intermediária que faz essa ligação que são os NASF, os Núcleos de Apoio à saúde da família”... G2

Para que os usuários tenham acesso aos serviços de saúde que necessitam, é preciso contar com uma rede de serviços com diferentes níveis de complexidade e que possibilitem



a inserção do usuário no ponto da rede que o mesmo consiga acessar. Uma rede que possibilite o acesso aos diferentes recursos de acordo com as necessidades dos usuários.

...“A gente tem muitas unidades de saúde mental aqui, vários CAPS, a gente tem o Hospital e agora esse apoio do NASF. Então a gente está bem articulado em relação à criança ao adulto, tem o CAPS ad, álcool e droga, então nessa parte a gente está bem articulado”. AB 2

“É oferecer acesso a essa população, é uma população que dificilmente acessava, quando acessava, o profissional às vezes tinha medo de atender. Hoje esse cidadão portador de sofrimento mental ele consegue acessar o serviço, ele consegue interagir com a população, com os agentes comunitários, que é um número muito grande de profissionais, cada equipe tem de seis a oito agentes comunitários, além da população e desse número maior de profissionais lidando com essa classe, eles passam a estar mais presentes no território, dando mais acesso a essa população com sofrimento mental, esses indivíduos têm uma condição patológica como os outros”... AB3

No entanto, alguns profissionais dos CAPS relatam encontrar dificuldades para os usuários terem acesso às unidades de saúde locais.

...“A gente tem muita dificuldade ainda. Na rede de saúde de uma forma geral, o acesso à rede de saúde tem sido bem difícil para nossa clientela, a gente tem uma Upa aqui do nosso lado, durante um bom tempo a gente não conseguiu acessar, a gente tinha que ir junto com os pacientes para eles poderem ser atendidos, agente conversa sobre isso, em reuniões e até com as outras instituições esclarecem que a equipe não está preparada para receber paciente psiquiátrico, não sabem como falar, às vezes os pacientes também não sabem dar informações, né, claras sobre o estado deles”... CAPS 3

Apesar das dificuldades apontadas, um CAPS localizado na AP 3.1 aponta que a articulação entre saúde mental e atenção básica tem possibilitado outros trânsitos para os usuários nos serviços de saúde.

#### 4.4 O território como espaço privilegiado para a Saúde Mental na Atenção Básica

O território é a área na qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando a enriquecê-lo e expandi-lo (KINOSHITA, 1997).<sup>144</sup>

O território é vivo e dinâmico, e refere-se às forças vivas de uma dada comunidade (YASUI, 2004).<sup>84</sup> “A sociedade incide sobre o território, e este, sobre a sociedade” (SANTOS, 2002: 70).<sup>145</sup> O território é composto por histórias singulares, por experiências, por formas de expressão, por vidas e é composto por uma diversidade de espaços dentro de um espaço delimitado de extensão geográfica.

A noção de território adotada neste trabalho não está relacionada à visão estática do território, muitas vezes tomada por gestores para a organização e planejamento de serviços e ações de saúde. Tomando o território apenas como espaço geográfico, não considerando as forças vivas e dinâmicas dos territórios.

Yasui (2010: 125)<sup>67</sup> define a “lógica do território” como um conceito central para o desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde mental. Adotar o território como uma categoria que nos permite pensar se o serviço adota ou não os princípios dos serviços substitutivos defendidos por Nicácio<sup>133</sup> (2003). Atuar no território implica conhecer o território no qual se inscreve os serviços, práticas e ações, é preciso percebê-lo como um dispositivo vivo, cheio de inter-relações.

A adoção do território como um dos atributos da Atenção Psicossocial nos reporta a outro conceito caro para o campo da Saúde Mental que é o princípio da responsabilização pela demanda.

A formulação trabalhada atualmente, a de responsabilização pela demanda, encontrou inspiração nas experiências italianas e a partir dos Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos (AMARANTE; TORRE, 2001).<sup>146</sup> A partir dessas experiências foi possível trabalhar com esse conceito de forma mais ampliada. A responsabilização pela demanda não ocorre apenas no interior dos serviços de saúde, não existe lugar específico para que essa aconteça. A tomada de responsabilidade deve acontecer nos espaços de vida dos sujeitos. Para tanto, de acordo com Saraceno (1999),<sup>59</sup> os serviços podem contar com diferentes recursos, dentre eles as próprias pessoas que nele trabalham, com os chamados

recursos escondidos na comunidade que podem ou não pertencer ao sistema sanitário, mas são potencialmente agregáveis e ao mesmo tempo geradores de transformação no cotidiano do trabalho. Assim, é possível tornar o território permeável, plástico, poroso e não mais interdito aos usuários dos serviços de saúde mental.

Os serviços que trabalham na perspectiva do território desenvolvem papel ativo na promoção da saúde mental na localidade. As práticas de atenção em SM estão cada vez mais focadas no eixo territorial e são potencializadas com a articulação com a atenção básica como aponta a fala a seguir:

...“Os agentes comunitários e o PSF nos ajudam tanto na parte clínica, não necessariamente da saúde mental, mais da outra parte, é mais também com relação ao território, a moradia, outros elementos e outros aspectos que compõem a saúde do sujeito, né, então acho que esse trabalho multiprofissional, psicossocial ele é fundamental para cuidar da saúde desse território, porque é muito, muito vulnerável, então a gente conta com os parceiros o tempo inteiro, nos casos de violência, nos casos de infância e adolescência, nos casos que às vezes não encontram espaço de cuidado, então nisso a gente vai e estabelece muitas parcerias também”. CAPS 6

Na tentativa de ampliar as ações territoriais é que se encontra a inclusão das ações de SM na AB, superando a lógica tradicional de assistência e proporcionando práticas para além dos muros institucionais. Outra questão importante está no fato dessa estratégia estar inserida na perspectiva de descentralização de recursos e serviços da saúde, ao buscar garantir o cuidado o mais próximo possível dos usuários.

...“Existe a oficina de papel que é aberta, e vem gente de fora, da própria população em si, tanto para participar quanto para organizar. Tem um clube aqui perto, que eles oferecem para atividades de ginástica, que não é só para eles, é para todos. No início, algumas pessoas ficavam rindo deles, mas depois esse olhar mudou”... CAPS 1

A territorialidade está atrelada à acessibilidade das ações e serviços de saúde. Para Saraceno<sup>59</sup> (1999), esse conceito está relacionado a questões geográficas (local, fluxo viário, barreiras físicas etc.), a períodos e formas de funcionamento (serviço único ou integrado) e ao menu de programas/atividades desenvolvidas (assistência, reinserção, lazer, trabalho, hospitalidade, entre outras).

...“Existe uma distância real e territorial, a gente tem uma área muito grande, a gente atende numa área muito grande e o CMS mais próximo é distante, há uma necessidade mesmo de acessibilidade”. CAPS 2

Considerando estas definições, percebe-se que o conceito de território está relacionado a algum tipo de extensão territorial, vinculada a alguma forma de autoridade político-legal e que contempla tanto recursos naturais quanto construções humanas. O elemento humano e seu papel não são explicitados, ficando, portanto, a mercê da interpretação de cada indivíduo.

O uso do território se dá pelas dinâmicas dos lugares. Ele pode ser formado por lugares contíguos e lugares em rede. São os mesmos lugares que se constituem em contiguidade ou não. O lugar é visto como o espaço do acontecer solidário.

O espaço geográfico representa uma totalidade dinâmica, produto das múltiplas totalizações a que está submetido o processo da história, a cada instante no qual mundo e lugar são indissociáveis.

Ao passo que o território relaciona-se a formas, o território usado diz respeito aos objetos e às ações deles decorrentes. O uso do território é definido pelo estado das técnicas e das políticas.

Além disso, de acordo com Leite (1999),<sup>147</sup> o estado das técnicas e o estado das políticas são utilizados para entender quaisquer momentos da história ou seus processos, a exemplo do fenômeno da globalização.

O existencialismo territorial traduz-se pela impossibilidade do território de excluir o homem. Neste sentido, afirma Leite (1999),<sup>147</sup> que “o território não exclui ninguém”. Assim, “estão o rico, o pobre, o negro, o branco, o culto, o analfabeto, a grande empresa, o ambulante, todo mundo junto”.

No período histórico atual, chamado de técnico, científico e informacional, haveria as condições para a construção de um mundo com maior dignidade, mas, no entanto, as políticas determinam o uso do território na forma de uma globalização perversa.

Mesmo assim, o território habitado cria novas sinergias possibilitando uma resistência, impondo novas formas de uso.

No território, hoje, se encontram modernos recortes, além da antiga categoria ‘região’. Isso se dá em função da nova construção do espaço e do novo funcionamento do território, por meio das horizontalidades e verticalidades (SANTOS, 2005).<sup>148</sup>

As horizontalidades são entendidas enquanto domínios da contiguidade, isto é, daqueles lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial (SANTOS, 2005).<sup>148</sup> Representam a fábrica da produção propriamente dita e o lócus de uma cooperação mais limitada. São tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, quanto o da contra-finalidade, localmente gerada.

As verticalidades são formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais. Elas compreendem outros momentos da produção (circulação, distribuição e consumo), sendo o meio de uma cooperação mais ampla econômica, política e geograficamente e que criam interdependências.

Na discussão sobre os novos recortes do território, devem-se levar em consideração, também, as ideias de ‘espaço banal’ e de ‘redes’. A ideia de espaço banal é levantada em oposição à noção de rede, que ganha vez nas disciplinas territoriais. As redes constituem uma realidade nova que, de alguma maneira, justifica a expressão verticalidade. Mas, “além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todo o espaço, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns” (SANTOS, 2005:256).<sup>148</sup>

O território, hoje, pode ser formado de ‘lugares contíguos’ e de ‘lugares em rede’. No entanto, “são lugares que formam redes e que formam o espaço banal. São os mesmos lugares, os mesmos pontos, mas contendo simultaneamente funcionalidades diferentes, quiçá divergentes ou opostas” (SANTOS, 2005:256).<sup>148</sup>

Esse acontecer simultâneo, impulsionado pelos avanços da ciência, cria novas solidariedades: a possibilidade de um acontecer solidário, apesar de todas as formas de diferença, entre pessoas, entre lugares (SANTOS, 2005).<sup>148</sup>

A existência de redes é inseparável da questão do poder. Elas têm a característica de serem globais e locais, unas e múltiplas, estáveis e dinâmicas. Desta forma, a realidade das redes, vista num movimento de conjunto, revela a superposição de vários sistemas lógicos, a mistura de várias racionalidades, cujo ajustamento é presidido pelo mercado e pelo poder público, mas, sobretudo, pela própria estrutura socioespacial.

Segundo Leite<sup>147</sup> (1999), território e lugar são atravessados pelos vetores da globalização. No entanto, a partir de cada lugar há a produção de um contra-movimento, formado por indivíduos e suas contingências: “há uma produção acelerada de pobres, excluídos, marginalizados, isto é, de pessoas que não têm como se subordinar

permanentemente à racionalidade hegemônica [da globalização] e que estão juntas, como parte de uma vizinhança” (LEITE, 1999).<sup>147</sup>

Pensar que as práticas em saúde mental devem ter o território como referência significa dizer que é preciso atuar no território produzindo estratégias de solidariedade, servir como local de referência, transformar as relações da sociedade com a loucura. A atuação no território corrobora para a ruptura do paradigma tradicional de assistência em saúde mental e impele para a adoção das múltiplas dimensões da clínica. No território, amplia-se a produção de mudanças no sentido da desmistificação da loucura. É preciso garantir um lugar, um espaço possível para o louco, para a loucura, para a diferença coexistir no território. Precisamos produzir territórios capazes de incluir os sujeitos e não territórios que segreguem os sujeitos pelas suas diferenças, no caso desse estudo, a loucura. Territórios múltiplos que nos fazem sujeitos diferentes em cada um destes territórios. É preciso considerar que o louco pode não ser louco ou apenas louco quando se conecta com outros territórios.

Alguns CAPS por diferentes motivos, que não cabe aprofundar neste estudo, adquiriram certa tendência a trabalhar dentro dos limites físicos do serviço. Isto talvez por existirem ainda em número insuficiente para o acompanhamento da grande demanda existente, por questões de entendimento da missão do CAPS, pela deformação da formação. Cavalcanti et al<sup>149</sup> (2009) apontam que um dos principais desafios dos CAPS atualmente consiste em conciliar as práticas de cuidado que acontecem no interior dos CAPS com extensão das práticas no território.

Contudo, ainda são mencionadas dificuldades desta articulação.

...“A nossa demanda aqui é enorme, porque nossa área é muito grande, e uma pessoa assim não dá, nós só temos três psicólogos, e assim, é muito difícil, e aí você ainda conta com isso, com paciente psiquiátrico que precisa de mais cuidados, então assim, eu acho que algumas coisas deveriam ser diferentes, esse é o meu olhar, então dessa forma, eu acho que essa articulação, no meu ver, não está legal”. AB4

No entanto, é preciso que estes trabalhem cada vez mais num movimento para fora de si, ampliando suas possibilidades do trabalho em rede.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica no município do Rio de Janeiro vem acontecendo de maneiras distintas nas diferentes áreas, por vezes com muitas

resistências e dificuldades em alguns bairros e em outros de forma mais compartilhada, trabalhando no sentido da ampliação da acessibilidade dos usuários as práticas de saúde mental em serviços mais próximos dos seus locais de moradia.

...“tem oficinas artesanais, fuxico, mosaico, e essas oficinas, elas são para população, e tem a inclusão desses pacientes, a gente vivencia casos de pacientes nossos que não conseguiam chegar aqui mais conseguiam ficar nas oficinas lá na comunidade o que era bastante interessante”...CAPS 4

...“A gente faz uma parceria por exemplo com a escola de samba, com um curso de informática, é um projeto que a gente está começando a desenvolver que acontece as segundas-feiras a gente tem oficina de futebol usando do espaço, do complexo desportivo do bairro, que a gente quer usar um pouco mais desse espaço também, das piscinas, tem a casa da música, a casa da paz, a gente está buscando também essa parceria com eles para está desenvolvendo atividades com eles, principalmente junto do oficineiro do Hip-Hop, que é da comunidade”...CAPS 6

A articulação do CAPS com a SM tem sido uma possibilidade de cuidado para os usuários que residem em áreas consideradas perigosas e violentas, pois a Saúde da Família tem presença marcante nesses territórios.

...“existem áreas perigosas que não podemos entrar e existem alguns casos que nós pedimos mesmo para as equipes de saúde da família para acompanhar, e aí eles entram em contato e o que o paciente precisar a gente tenta encontrar um caminho de chegar até ele”. CAPS 1

...“A gente só pode conhecer e circular no território a partir dessa parceria com o PSF, e com os agentes comunitários conhecer o território, as potencialidades, as dificuldades, os espaços de maior vulnerabilidade, então, é, fundamental para o trabalho acontecer, se desenvolver e melhorar, e aperfeiçoar”. CAPS 4

Os territórios onde essas práticas incidem em sua grande maioria são marcados pela questão da violência, e não podemos ignorar este fato do cotidiano de muitas comunidades o município do Rio de Janeiro. Esta questão impele os profissionais a criarem dispositivos inovadores de cuidado, inventem a cada dia maneiras de lidar com essa situação, uma delas tem sido a proximidade com o agente comunitário de saúde (ACS), o protagonismo que os ACS assumem diante do cuidado de usuários moradores em locais tidos como perigosos e violentos. Este trabalho conjunto consiste numa possibilidade de ampliação do acesso ao

cuidado aos sujeitos que necessitam de um suporte continuado, no interior de suas casas e comunidades e onde os profissionais “especializados” não conseguem acessar.

#### **4.5 Trabalho em rede: potencializador das práticas de Saúde Mental na Atenção Básica**

Nos últimos anos a política de saúde brasileira vem passando por várias transformações. O SUS é considerado o marco estruturante destas mudanças, contudo, apesar do arcabouço legal oriundo da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde não há garantia de sucesso e efetivação dos seus princípios e diretrizes. As ações cotidianas, com seus arranjos e suas pactuações são o que possibilitam a materialização desses princípios e diretrizes e efetivamente garantem as mudanças no sistema de saúde brasileiro.

Neste contexto, Fleury e Oliverney<sup>150</sup> (2007: 29) afirmam que:

o modelo do SUS, com uma estrutura policêntrica e articulada entre diversos níveis governamentais e entre instâncias de reunião do Estado com a sociedade, requer uma abordagem de gestão em rede. (Fleury; Oliverney, 2007: 29).<sup>149</sup>

De acordo com Houaiss<sup>106</sup> (2001), uma rede consiste num conjunto de pontos que se comunicam entre si. Na psicologia social a noção de rede tem sido usada para definir o universo relacional de um indivíduo, ou seja, o conjunto de relações e estrutura de apoio socioafetivo de cada um. A ideia de rede também é utilizada como metáfora para demonstrar que as políticas públicas envolvem multiplicidade de atores. As redes representam uma mudança na estrutura da sociedade, como novas formas de organização social em resposta aos problemas políticos de coordenação ou mediação social. Elas também são consideradas ferramentas úteis para explicar a união de atores interdependentes.

A importância da organização de redes para o trabalho em saúde é determinada pela Constituição de 1988. Estes devem ser integrados e o aperfeiçoamento das redes é fundamental para o avanço do SUS.



De acordo com Silva e Magalhães Júnior<sup>151</sup> (2011), as redes de atenção à saúde devem interconectar e integrar os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os para que diferentes densidades tecnológicas de atenção estejam articuladas e disponíveis para o atendimento ao usuário.

As redes devem conformar as diferentes realidades, assim como deve considerar os recursos disponíveis para sua conformação em cada localidade. Os objetivos do trabalho em rede: interligar as políticas intersetoriais, ampliar o acesso da população aos serviços de que necessitam. Para Santos e Andrade<sup>152</sup> (2011), as redes devem potencializar a atenção integral à saúde. Para tanto, deve estabelecer diálogos com outras áreas do conhecimento para dar conta dos complexos desafios da produção da saúde. A finalidade do trabalho em rede reside na efetividade da garantia dos direitos dos usuários a uma atenção integral e equânime.

Segundo Mendes<sup>153</sup> (2007), no contexto da gestão em rede na saúde, o coletivo deixa de ser entendido apenas como conjunto de pessoas, famílias ou outros grupos sociais, e passa a ser entendido como conjuntos heterogêneos, com elementos formalizados e intensivos, cujos agenciamentos delineiam condições de vida e saúde da população.

A rede é outro elemento importante para pensar a questão da saúde mental na atenção básica. Atualmente, a rede de saúde ainda é pensada e construída segundo a lógica piramidal. Cecílio<sup>113</sup> (2001) questiona esta forma piramidal e propõe repensar o sistema de saúde como círculo, retirando o hospital do topo, da posição de “estar em cima”, como a pirâmide induz na nossa imaginação, e recolocar a relação entre os serviços de forma mais horizontal. A lógica horizontal dos vários serviços de saúde colocados na superfície plana do círculo é mais coerente com a ideia de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Nesta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, a tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. O centro da atenção é o usuário e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas. O círculo neste sentido oferece uma dinâmica de promoção de agenciamentos que permitam a saúde mental circular na atenção básica e vice-versa.

Para Cecílio<sup>113</sup> (2001), “a integralidade não se realiza nunca em um serviço; integralidade é o objetivo da rede”. Trabalhar em rede consiste na adoção da integralidade

da atenção, pois as necessidades de saúde dos usuários para melhorarem suas vidas estão nos diferentes pontos da rede de cuidados e a melhoria das condições de vida é uma tarefa a priori intersetorial.

De acordo com esta organização, uma nova realidade é imposta, havendo uma dependência mútua, apesar da diversidade de contextos institucionais, afinal, nenhum ator detém o controle dos recursos e do processo total. Com esta nova organização se busca romper com a estrutura da clássica figura da pirâmide, com a fragmentação do trabalho e com o empobrecimento da escuta dos problemas de saúde da população e das possibilidades de intervenção, substituindo a noção de hierarquização pela rede progressiva de cuidados a saúde, na qual são priorizadas as noções de acolhimento, vínculo e responsabilização (MENDES, 2007).<sup>153</sup>

Dentro da rede do SUS convivem diversas redes temáticas, como AIDS, oncologia, transplante, contudo, neste texto a ênfase será dada à articulação entre saúde mental e atenção básica. Diante das características destas, pressupõe-se que o trabalho em rede possa funcionar como potencializador das ações de saúde mental na atenção básica.

Tomando como encargo uma das proposições da III CNSM<sup>20</sup> (2002), a de consolidar o cuidado em saúde mental, principalmente na esfera da atenção básica à saúde – torna-se premente trabalhar para a efetiva implantação da rede de cuidados, pois sem sua consolidação não poderemos trabalhar na perspectiva da transformação dos modos de atenção em saúde mental.

Essa intercessão por si só não é suficiente para reverter às práticas no campo da atenção em saúde mental, pois as ações não se restringem exclusivamente ao setor saúde. A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania.

Isso nos remete à necessidade explicitada de construção de redes de e entre serviços, de solidariedade. É preciso estabelecer redes de potência e não de competição; torna-se fundamental a integração de atores, de serviços e de redes sociais. Essa intercessão visa à multiplicidade das relações sociais, levando-se a pensar numa produção quase artesanal de construção de outras formas de lidar com a loucura no cotidiano da cidade, de trabalhar com as pessoas, de conectar redes e traçar outros percursos para a loucura, para o louco e para os técnicos em saúde.

...“Uma experiência positiva de articulação do CAPS com Estratégia de Saúde da Família, o caso da Deborah é um caso emblemático, porque além dela ser uma psicótica grave, ela estava grávida, mora num lugar de difícil acesso, num momento que a comunidade ainda não estava pacificada, a saúde da família vem aqui e diz: ‘tem um caso gravíssimo, precisamos da ajuda de vocês porque a gente não consegue nem acessar aquela casa, a mãe também muito adoecida, a família toda, inclusive um tio que faz acompanhamento, depois disso a gente pôde acompanhar o tio, e a profissional daqui pôde ir com a equipe de lá e conseguiu na verdade acessar essa usuária e podemos fazer o acompanhamento todos juntos, precisou iniciar ela em pré-natal, a gente precisou fazer um trabalho de sensibilização dessa equipe de saúde da família para que pudesse receber essa menina lá, teve que desconstruir essa coisa do mito do louco, que vai chegar quebrando e aí foi impressionante como a equipe recebeu depois desse trabalho, eles que foram o termômetro de como ela estava, puderam articular com a maternidade de risco para ela ter o neném, ela agora é acompanhada no território mais pela saúde da família que por nós, então assim, eu acho que é um caso super bem-sucedido, que a articulação foi muito bacana entre as duas equipes, bem legal.” CAPS 12

De acordo com Yasui e Costa-Rosa (2008),<sup>154</sup> a desinstitucionalização aponta para a criação de uma rede que estabeleça articulações e laços com outros setores das políticas públicas. Portanto, esta proposta não pode permanecer restrita ao sistema de saúde, é preciso ir além, para trilharmos os caminhos propostos pela desinstitucionalização.

A Atenção Psicossocial preconiza o trabalho em rede intersetorial para o cuidado em saúde mental. Da mesma forma que o trabalho de articulação entre saúde mental e atenção básica impele para um trabalho em rede, operado por distintos segmentos sociais, diferentes serviços, atores e olhares. Diversificar e ampliar a rede de cuidados é preciso, para tanto, é preciso cada vez estar no território, construindo outras possibilidades de inserção dos usuários nos espaços da cidade. Trabalhar em rede é tecer possibilidades para um melhor cuidado no território. No entanto, é preciso construir redes de potência, de criação de vida, que busquem a autonomia do sujeito e de produção de subjetivação. Defendemos aqui que as redes devem se estender pelo espaço social e deveriam ser cada vez menos técnicas.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica contribui para a desestabilização de práticas cristalizadas, por meio do desenvolvimento de ações que, possibilitem à comunidade inventar outros limites, onde as diferenças possam ser atravessadas.

Essa articulação entre saúde mental e atenção básica propõe a ruptura com os antigos padrões assistenciais e aponta para a superação da racionalidade médica. Busca a produção de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS, permitindo implantar práticas que de fato atendam aos princípios de ambas as políticas públicas de saúde.

Trabalhando nessa perspectiva, torna-se possível proporcionar uma atenção integral e compartilhar a responsabilidade pela melhora da qualidade de saúde e de vida de determinada comunidade, tornando os dispositivos de atenção mais acessíveis àqueles que deles necessitam. Essas iniciativas podem apontar para a possibilidade de construirmos outros modos de promover a saúde e de colocar, em prática, ainda que tardiamente, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro.

...“Tem um impacto sobre cuidados com pacientes graves a articulação do CAPS com PSF num cuidado compartilhado, ou seja, linhas de cuidado mais intensivas, pela proximidade do PSF, deste estar no cotidiano ali da comunidade, então intensificou o cuidado em casos graves”... CAPS 7

...“Acho que a atenção básica possui recursos potentes para ajudar o CAPS a avançar no território, até mesmo pela própria estratégia da formação da equipe, compondo com o agente comunitário de saúde, que é uma pessoa que conhece bem o território, conhece as pessoas, pela própria localização de serviços na comunidade pela forma de como está sendo pensado, eu acho que tem grande potencial sim de ter mais acesso a uma determinada população e conhecer melhor também essa determinada população”... CAPS 5

...“Fazemos algumas reuniões em conjunto, quando há algum caso específico de paciente nosso que precise de um suporte mais próximo quanto a questões clínicas. Também recorremos à atenção básica quando necessitamos do apoio da ESF para se manter um contato mais intenso da saúde com algum usuário nosso ou alguém que, embora ainda não sendo nosso usuário, demande alguma atenção mais específica. Ocasionalmente também recebemos contato sobre alguém que a atenção básica identifica como necessitando de suporte da saúde mental”... CAPS 10

...“Tem uma unidade de saúde que tem um trabalho de fuxico que iniciou que é fantástico, só agora a gente pôde ver o quanto o pequeno espaço do fuxico, uma oficina que começou a partir da sensibilização de um trabalho de matriciamento, de um matriciamento médico inclusive, aquilo assim virou um grande grupo, de várias idosas, que estavam presas em casa, inclusive com rótulos de esquisitas, malucas, não falam... que hoje puderam frequentar uma feira enorme, mostrar o seu trabalho, hoje em dia elas conseguem ter acesso à saúde, eram pessoas que estavam em casa precisando de medicação... usuário pode ser acessado por outras pessoas e em contrapartida ter acesso a mais lugares da rede, não só de saúde, o próprio saúde da família tem ações de cidadania também, a questão da retirada de documentos, tem várias ações, então eu acho que isso é uma das potências, mas tem também os seus problemas, estreitar esse trabalho não foi nem está sendo fácil, tem um trabalho enorme a se fazer”... CAPS 12

Essa intercessão<sup>2</sup> impele a elaboração de novas atitudes diante dos problemas referentes ao processo de adoecimento psíquico, nos permite redimensionar a práxis cotidiana das unidades de saúde e propõe complexificar a abordagem dos fenômenos de saúde e de doença. Assim, a atenção básica estaria ampliando sua capacidade de resolução de problemas de saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre a atenção básica e a saúde mental e, para tanto, é preciso construir um modelo de relação de continuidade e não de fragmentação. Trabalhando em rede, é possível potencializar a capacidade de produzir mudanças.

Outra concepção que envolve tanto a atenção básica quanto a política de saúde mental é a de que as ações precisam estar onde as pessoas estão, experimentando seus estilos de vida, na trama de possibilidades, funções, papéis, trabalhos, lares e sofrimento.

Contribuindo, assim, para a construção de outra prática de atenção, que permite que as ações em saúde mental aconteçam num espaço que para a pessoa é território conhecido e de certa forma acolhedor. Possibilitando o cuidado das pessoas, ainda que em período agudo de adoecimento, sem recorrer ao afastamento social.

Tanto os novos serviços de saúde mental quanto as práticas propostas pela atenção básica preveem uma estreita relação do setor saúde com outros setores da sociedade, pois para que se constituam como práticas diferenciadas devem integrar-se como uma rede de relações que extrapolem o âmbito da saúde (num conceito restrito), e devem trabalhar para a construção de relações sociais em busca de uma nova atitude diante da complexidade do processo de saúde.

Ambas elaboram outras formas de organização do cotidiano que não passam exclusivamente pela agenda de atendimentos, permitindo acolher as “emergências” do dia a

---

<sup>2</sup> Para Passos e Barros (2000: 77) *intercessão* pode ser definida quando a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência. A intervenção se dá pelo atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, sociopolítico) sobre o outro e tende à instabilidade. “A relação de intercessão é uma relação de perturbação, e não de troca de conteúdos”. Então, intercessão pode ser compreendida como um conceito capaz de desestabilizar lugares e concepções até então cristalizados. Segundo Deleuze (1992), embora ciência, arte e filosofia constituam formas de pensamento distintas, existem entre elas cruzamentos que não são traduções, cópias ou imitações. Mas cruzamentos que possibilitam uma relação intercessora, que não abole a diversidade e a criação. O intercessor deve ser entendido a partir dos efeitos, dos ecos, das ressonâncias, das interferências que cada forma de pensamento gera nas demais, conservando sua singularidade irredutível.

dia. Elas primam pelo deslocamento dos cuidados de crise, de emergência, do manejo de situações graves, para o espaço da residência, envolvendo família e vizinhança.

...“Muitas vezes a gente nas visitas domiciliares tem como intervir em situações mais graves até mesmo quando o paciente está colocando sua própria vida em risco ou a vida dos seus familiares que ele convive em casa e também como já aconteceu, nós ativamos o CAPS que deu o apoio”... AB 1

...“Acredito que um dos grandes resultados é esse. A diminuição desse estigma, desse preconceito, e essa inclusão desse cidadão”... AB3

Para que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica possa se constituir num dispositivo eficaz mediante o estabelecimento de uma rede de recursos e de suporte (escolas, creches, espaços de lazer, possibilidade de inserção em algum tipo de trabalho, melhores condições de moradia etc.), realizar treinamento, supervisão e capacitação dos profissionais da atenção básica para uma escuta qualificada, atenta e cuidadosa em relação ao sofrimento do outro, além de noções para melhor lidarem com a doença mental (ações num momento de crise, de maior dificuldade, entre outras), sem as quais seria difícil imaginar a atenção básica como sendo um dispositivo eficaz no campo da Atenção Psicossocial.

...“ nós estávamos muito voltados para o campo da saúde mental, e a gente precisa cada vez mais entrar em interlocução com outros campos, entrar em interlocução com o campo da cultura, do trabalho, das relações de trabalho, só que eu acho que faltava um pouco mais de interlocução no dia a dia das pessoas”... CAPS 9

É sabido que os dispositivos de cuidado em saúde mental sozinhos não substituirão a lógica manicomial. Faz-se necessário ampliar as redes para tecer outras práticas de atenção, é preciso lançar mão dos aparelhos sociais da comunidade. Face às dificuldades enfrentadas pelos novos serviços de saúde mental para se constituírem como dispositivos promovedores de transformações culturais, se faz necessário pensar na inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, possibilitando a ampliação do campo de ação da atenção psicossocial.

O movimento de Reforma Psiquiátrica tornou premente a produção de agenciamentos que conectem as pessoas e as redes trançadas pela organização sanitária, chamados de recursos escondidos na comunidade por Saraceno<sup>59</sup> (1999). Esse agenciamento aponta para a construção de outra clínica, na qual outros circuitos para a loucura possam ser traçados, trabalhando na perspectiva da desinstitucionalização da loucura, fazendo com que a comunidade se aproprie do cuidado, juntamente com a equipe da atenção básica, que por sua vez poderá contar com o suporte da equipe de saúde mental.

...“Temos várias atividades aqui que a comunidade participa, atividades que estimulam a inserção do usuário num cotidiano mais dinâmico, mas no início algumas pessoas ficavam rindo deles, mas depois esse olhar mudou”... CAPS 1

...“Hoje com a Clínica da Família nós estamos muito mais próximos nesse sentido do que antigamente, ajudando nosso trabalho, e a proposta é inserir o paciente não só em saúde mental, mas em todas as clínicas, e conseguimos trabalhar muito melhor hoje do que tempos atrás, vendo que aquele paciente não é só da saúde mental. Nós fazemos uma atividade que é feita numa entidade aqui perto, que é uma entidade católica, nesse espaço eles fazem artesanatos e eles vão até lá para desenvolver essas atividades. Também tem a praça aqui onde às vezes realizamos algumas atividades diferentes. Temos o grupo de caminhada na comunidade”... CAPS 11

“A gente faz sempre evento fora ou extra muro ou aqui dentro da unidade mesmo a gente sempre tem uma participação, como aconteceu a pouco tempo, a gente fez um sorteio no sábado numa praça aqui próxima, e vários pacientes da saúde mental que vem aqui iam lá, estavam junto”... AB2

...“Eu acho que naturaliza um pouco esse lugar da loucura na cidade né... acho que desfaz um pouco esse estigma... que pelo convívio do usuário nesses espaços, isso desmistifica e desfaz esse estigma da loucura, porque você vê que o louco não é perigoso assim... como se diz... ele não é tão louco assim quanto se acha, poxa, mas ele pensa, mas ele sabe isso, ele sabe aquilo, eu consegui conversar, e aí as pessoas conseguem acessar na festa, conseguem acessar os eventos”... G1

O município do Rio, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS, 2003),<sup>13</sup> tem no apoio matricial a principal estratégia para orientar a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica no território.

“Para a Secretaria de Saúde a prioridade é a atenção primária, é a saúde mental trabalhar na atenção primária, é o matriciamento.” G1

Esta estratégia de gestão tem sido adotada tanto no sentido de promover o cuidado no âmbito do território, no sentido de formar e articular os diferentes pontos da rede de atenção, e também tem sido utilizado como um dispositivo formador no que tange às questões relacionadas à inclusão das ações de saúde mental na esfera da atenção básica. O apoio matricial tem se constituído num instrumento importante para que a atenção básica acolha de maneira afetiva e efetiva os usuários provenientes dos CAPS. É tomado pela gerência de Atenção Psicossocial como uma das principais propostas para possibilitar a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. De acordo com Tófoli e Fortes (2007:35)<sup>102</sup> as equipes de apoio matricial podem realizar: “consultorias técnico-pedagógicas, atendimentos conjuntos e ações assistenciais específicas, que devem ser sempre dialogadas com a equipe de referência e, como uma regra geral, coletivas.”

O apoio matricial se constitui numa diretriz-ferramenta da atual gerência de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. A adoção do apoio matricial no município do Rio de Janeiro tem se constituído numa possibilidade de organizar os serviços da atenção básica para que possam oferecer um cuidado não especializado em saúde mental.

Para que os profissionais da Atenção básica e dos CAPS conhecessem e se apropriassem da lógica do matriciamento foi firmado inicialmente um convênio e atualmente têm-se uma parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro para que os profissionais da Secretaria fizessem o curso de capacitação em Saúde Mental na Atenção Primária (BABEL) para a capacitação e treinamento dos profissionais:

...“O Babel é o curso de matriciamento, então ele entrou em 2008, mas de fato entrou em 2009, começou em 2008 as discussões mas em 2009 aconteceu essa mudança, ele entrou e nós começamos a fazer um cronograma para que todos pudessem fazer o curso de matriciamento... todos os profissionais que trabalham na saúde mental e alguns que trabalham na atenção básica... O modelo do curso é o seguinte... é um profissional de saúde mental e dois, um médico e um enfermeiro de saúde da família, e aí nós começamos a pegar gente de ambulatório, gente de CAPS, e depois que os NASFs foram criados, gente dos NASFs, então praticamente todo mundo que está no NASF hoje, fez o curso. tem que fazer o curso, é a lógica do funcionamento e a ideia é ampliar cada vez mais, isso é uma ação, é uma ação de formação para poder disseminar esse trabalho”... G1

...“Os profissionais da saúde da família fizeram o curso BABEL, que é um programa que existe de treinar e capacitar profissionais de saúde da família na área de saúde mental que é feito pela prefeitura e pela UERJ, esse matriciamento, esse curso tem sido excelente, é sempre de uma grande ajuda”... AB5



O BABEL se constitui na principal estratégia da capacitação para o matriciamento em saúde mental (Relatório de Gestão da Coordenação de Saúde Mental do município do Rio, 2011).<sup>23</sup>

O apoio matricial tem se constituído em um provocador de mudanças nas práticas dos serviços de saúde (no sentido da interdisciplinaridade, da exigência de conversas, trocas constantes entre os integrantes das equipes, da construção da lógica da corresponsabilização pela demanda, do fazer compartilhado). A perspectiva do matriciamento prima por abandonar a lógica do encaminhamento como transferência de responsabilidade, na medida em que impele para uma gestão compartilhada dos casos e visa a aumentar a capacidade de resolutividade das equipes que deveriam ser de fato de referência para o cuidado de saúde no âmbito local, consolidando o trabalho em rede.

Foi percebido que quando o apoio matricial acontece, ele potencializa a assunção da corresponsabilidade entre as equipes da AB e da atenção especializada. Esta forma de organização dos serviços tem-se constituído numa iniciativa para qualificar a escuta, o acolhimento e a prática de cuidado. O matriciamento das ações de saúde mental na atenção básica aumenta a capacidade dos profissionais da AB de gerirem e cuidarem dos usuários que demandam uma atenção em saúde mental. Entretanto, é preciso discutir de forma mais ampla com os trabalhadores da atenção básica e dos CAPS o conceito de matriciamento, as diferentes modalidades:

...“esse matriciamento que tem acontecido, tem sido em relação muito mais a ver com a capacitação da equipe pelo nosso médico psiquiatra, daqui, que tem ido lá, é não só na discussão dos casos, mas no empoderamento dos médicos em poder estar perto dos casos de saúde mental, porque a gente tem alguns problemas com a rede ambulatorial daqui, então a gente acredita que potencializando o Saúde da Família eles podem dar conta de uma parte dessa população para que essa população não chegue no ambulatório, e para que o ambulatório possa ter vaga para atender essa população, e que o CAPS possa atender a quem precisa”... CAPS 4

...“a gente entendeu que na verdade o trabalho de matriciamento tem que começar exatamente assim, como um trabalho de entendimento, então é isso a gente precisa primeiro pensar o caso junto, então não é à toa que a equipe do CAPS precisou também ir junto nas VDs, precisa também ir em muitos casos, até para gente mostrar... então está sendo importante em quase todos os casos a gente precisar ir, para poder desconstruir algumas coisas também, mas em geral o trabalho de matriciamento tá sendo a gente fazendo muitas coisas juntos”... CAPS 12

...“eu acredito que cerca de 40 a 60% da nossa demanda são usuários da saúde mental, são indivíduos com transtornos mentais, seja ele leve, alguns moderados,

que são pessoas que usaram drogas por muito tempo, e eu creio que assim, o matriciamento só veio qualificar essas ações, escuta qualificada para esse profissional que faz o matriciamento.” AB 3

O apoio matricial é realizado por meio de uma parceria entre a equipe de saúde mental (especializada) e a equipe de saúde da família. Diferentes são as configurações desse apoio. Algumas equipes tem instituído um espaço/horário para o matriciamento, aonde os profissionais dos CAPS vão até a unidade básica de saúde para discutirem algumas situações e casos que demandam outro olhar dos profissionais da atenção básica; por vezes esse matriciamento acontece num atendimento compartilhado, por vezes na realização de uma visita domiciliar conjunta, outros arranjos também foram encontrados.

Também foi apontado que o matriciamento ocorre por meio de contato telefônico entre a equipe dos CAPS e as da atenção básica com o objetivo de fornecer orientações para um melhor acolhimento e solução de uma situação de urgência.

...”Contatos telefônicos, atendimentos em conjunto, visitas domiciliares em conjunto, e aí cada caso vai indicando que tipo de estratégia de matriciamento que a gente tem que utilizar.”... CAPS 7

...”Cada equipe tem uma demanda completamente diferente de matriciamento, tem equipes que a ação de matriciamento hoje está sendo a discussão dos casos e a partir dali, daquela reunião pensar qual vai ser a ação, e aí tem várias, são feitas VDs, são feitos atendimentos conjuntos, são feitos grupos e tem outras equipes que tão pedindo primeiro para estudar”... CAPS 12

...”O matriciamento ocorre nas reuniões de equipe de 15 em 15 dias, pessoas do CAPS que participam da reunião de equipe e aí nós falamos dos indivíduos que têm transtorno mental e tudo é discutido nas reuniões de equipe e já melhorou muito, algumas pessoas que tinham o estigma do louco melhoraram, isso está caindo, está diminuindo, alguns ainda têm alguma resistência, mas isso tem melhorado bastante”. AB3

A conformação do apoio matricial em muitas unidades tem acontecido mais por meio da discussão de casos e menos por consultas compartilhadas.

No entanto, vale ressaltar que o apoio matricial não acontece da mesma maneira nas diferentes regiões do município do Rio de Janeiro. Apesar de se constituir numa diretriz da política pública municipal, este apresenta singularidades, em algumas áreas acontece de

maneira a potencializar as ações de saúde mental, por meio da discussão e de intervenções conjuntas, em outros locais acontece na forma de treinamento (aulas).

... “Os matriciadores vêm e discutem os casos, fazem capacitações, tiram dúvidas, acontece assim, a dinâmica é bem individual de cada equipe, tem gente que pede mais treinamento, tem gente que quer discutir caso, tem gente que solicita visita domiciliar, outros criam um plano terapêutico. É mais ou menos dessa maneira que acontece”. AB 3

Constatou-se que alguns CAPS, tem uma participação tímida diante do apoio matricial; talvez esse fato seja decorrente do desenho proposto pelo Ministério da Saúde ao propor o desenho dos NASF na portaria nº 154,<sup>4</sup> de 24 de janeiro de 2008. A potência formadora dos CAPS, que poderia ser exercida via apoio matricial tem sido pouco trabalhada, ficando o apoio matricial muitas vezes destinado aos NASF.

Entretanto, na AP 2.1, a equipe do CAPS é que se responsabiliza pelo apoio matricial e o NASF atua de forma complementar. Na AP 3.1, o apoio matricial é desenvolvido de forma coletiva pelo CAPS, ambulatório e NASF. Na AP 3.2, os CAPS oferecem a ação do apoio matricial de forma complementar a dos NASF, assim como na AP 3.3. A AP 4.0 é a única em que a cobertura é de 100% das equipes de saúde da família para o apoio matricial em saúde mental e o mesmo é realizado pelo NASF. NA AP 5.1, o matriciamento é realizado pelo NASF e o CAPS atua de forma complementar. Fato que também ocorre na AP 5.2 e na 5.3.

Os profissionais da atenção básica que contam com o apoio matricial de forma mais substancial, ou seja, com as diferentes modalidades de apoio matricial (reuniões, discussão coletiva dos casos, atendimentos compartilhados) têm se apropriado do trabalho apesar dos desafios.

Por meio dessa ferramenta de gestão, apoio matricial, tem sido possível uma maior aproximação entre as equipes da Atenção Básica com as dos serviços especializados – CAPS, ampliação do conhecimento em torno da questão dos transtornos mentais e sofrimento psíquico, com isso aumentar a capacidade de resolutividade da atenção básica em relação à demanda de saúde mental, além da proposição constante pelo compartilhamento do trabalho e pela corresponsabilização pelo cuidado em saúde mental.

...“Os casos leves e moderados nós consideramos serem da atenção básica, então a partir do matriciamento a gente pode chegar a receber esses casos aqui mais a gente encaminha e faz o acompanhamento, matriciamento desses casos na atenção básica”... CAPS 6

Apesar do investimento no matriciamento é preciso colocar em questão sua efetividade em relação à adoção de novas práticas em saúde mental e em relação ao cuidado dos usuários, visto que ainda não dispomos de instrumentos de avaliação que nos permita mensurar em que medida o matriciamento proposto na cidade do Rio de Janeiro é ou não adequado para atender as diferentes e inúmeras demandas das equipes das Clínicas da Família. É preciso criar dispositivos de avaliação para compreender se e como o apoio matricial tem criado possibilidades para que os profissionais da atenção básica desenvolvam práticas de saúde mental.

Diante dos dados obtidos neste estudo, além dos eixos já mencionados, identificamos que no Rio de Janeiro a política pública de saúde mental tem os CAPS como serviços estruturais e prioritários para o cuidado dos usuários portadores de transtornos mentais graves.

“A orientação clara da secretaria de saúde, na atenção primária são os atendimentos de média e baixa complexidade e para os CAPS de alta complexidade”... G1

...“Os CAPS no município, tem uma história muito forte da desinstitucionalização, a saúde mental do município do Rio de Janeiro, fez um trabalho excelente para desinstitucionalizar os pacientes, talvez nenhuma gestão tenha sido tão potente ou tão poderosa na desinstitucionalização, com todas as diversidades políticas, todas as diversidades que o sistema viveu nos últimos vinte anos, então se lançou muito nisso apesar da vontade política de ser totalmente contrária, com muito esforço dos profissionais mesmo da saúde mental, os que tornaram o processo da saúde mental uma força e com profissionais muito aguerridos, muito mobilizados com a questão dos CAPS, com a questão da desinstitucionalização; entretanto se hoje a gente pensar que tem aproximadamente 1.200 pacientes institucionalizados e milhares de pessoas que estão fora do sistema de saúde e estão fora do sistema de saúde mental, a gente começa a ver que o mundo não pode circular somente em volta das pessoas que estão já institucionalizadas, que são essas mil pessoas, que outras coisas precisam ser feitas, aí os serviços precisam ter outras características, e não só desinstitucionalizar as pessoas. A atenção primária cuida dos agravos mais prevalentes, o CAPS não, ele cuida de pacientes com um nível de gravidade maior do que aquele que a atenção primária cuida, não é um paciente com transtorno mental leve, que tem que entrar de porta de entrada por um CAPS”... G2

Os CAPS ocupam função primordial no desenho da conformação da atenção à saúde mental na cidade. Contudo, não houve investimento na expansão significativa dos mesmos nos últimos anos.

A falta de entendimento das equipes de saúde da família sobre o trabalho proposto para esta esfera da atenção, bem como clareza do que seja o matriciamento, interferem na qualidade do atendimento oferecido. Constatou-se a necessidade de maiores investimentos e discussões entre a equipe dos CAPS e das unidades básicas sobre o entendimento da problemática em saúde mental e da necessidade da construção de novas possibilidades de cuidado para os usuários que demandam atenção em saúde mental.

...“os profissionais da AB tem dificuldade de entender o campo da saúde mental, tem receios às vezes de interação com os usuários, eu acho que traz mais angústia. Então acho que a dificuldade está aí né”. CAPS 5

Em um dos CAPS da AP 3.2, identificou-se uma articulação mais estruturada entre o serviço com a atenção básica (ESF), por meio de encontros regulares das equipes para discussão de casos novos e principalmente dos usuários que frequentam tanto os CAPS quanto as unidades básicas permitindo-nos afirmar que nesta área CAPS e AB funcionam em sistema de corresponsabilização pelo cuidado dos usuários.

Em relação ao trabalho em rede, foi apontada pelos diferentes sujeitos a inexistência desse tipo de trabalho entre os diferentes recursos do território. Foi evidenciado que a existência de fragilidades das ações territoriais desenvolvidas no âmbito da atenção básica é acentuada.

“Existe contato com outros serviços de saúde e outros setores do serviço público, porém os contatos com a rede local são quase inexistentes por hora.” CAPS 10

“Ser um CAPS num território muito grande, a população muito grande né, a capacidade instalada é muito aquém á capacidade”... CAPS 7

No entanto, nas AP 2.1 e 3.1 foi possível perceber que há uma rede de solidariedade em construção, entre os diferentes dispositivos que se potencia para a garantia de uma atenção diferenciada e de qualidade em saúde mental.

Impasses relacionados ao cotidiano do trabalho, como a inexistência ou escassez de conversa entre o profissional do NASF<sup>3</sup> com um profissional da unidade básica que participou do estudo, foram identificados como fator que prejudica a tessitura e o trabalho em rede na AP 5.2.

...“Então há uma incompreensão muito grande que o NASF tem reclamado, eles fizeram até uma reunião esse mês... e assim, a questão é que os profissionais de lá não conseguem entender o que é um matriciamento... se o profissional do NASF estivesse aqui dava para a gente ir indo discutindo isso... vindo uma melhor forma de a gente estar fazendo esses encaminhamentos”... AB 8

Alguns profissionais de unidades básicas alegaram como motivos para a não implantação do cuidado em saúde mental a precariedade do serviço e a formação não especializada dos profissionais. Fato também mencionado por um dos gestores que pontua a existência de quatro fatores que dificultam a adoção de novas práticas em saúde.

...“O primeiro obstáculo é o lobby de algumas categorias profissionais; isso é muito forte e difícil da gente lidar, porque algumas categorias são muito fortes e não querem perder poder, até você convencer alguns psiquiatras a descentralizarem, a tirarem algumas de suas contribuições nos transtornos mentais leves e compartilhar com a atenção primária é difícil. A segunda dificuldade é o lobby das unidades que vivem dentro de um sistema de saúde que coloca as pessoas para dentro desse sistema como um mercado, e aí eu posso falar das unidades de internação conveniadas, que vivem da internação desse paciente que são bastante poderosas e da indústria farmacêutica, na venda, na medicalização. Uma outra questão que não é só da saúde mental, mas da cidade do Rio, que é a pressão de alguns setores da sociedade que a gente tenha um sistema de economia de mercado e não um sistema universal, nessa grande ampliação de acesso, começa a dominar alguns mercados da classe média e que jogam as pessoas para dentro de um sistema de saúde e começam a achar que não precisam ter um sistema de saúde suplementar para ser bem cuidado e voltar a confiar no SUS, então ganhar a confiança da classe média novamente para esse sistema é um desafio, a faixa mais pobre da sociedade cada vez diminui mais, as pessoas mais pobres gradativamente estão ascendendo para classe média, e conseguir colocar essa classe média para dentro do sistema, inclusive na saúde mental é nosso objetivo, quando a gente fizer isso talvez um dos principais obstáculos que a gente tenha, a gente vai está alcançando, que é ganhar a confiança das pessoas nesse sistema e na saúde mental isso é muito forte, muitas vezes ter clareza que é melhor eu ter um serviço menos complexo mais próximo de mim e muito melhor do que ter um serviço de maior complexidade, com

---

<sup>3</sup> O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na conformação da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro é considerado Atenção Secundária, assim como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as Policlínicas. *Cartilha de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes da rede municipal da cidade do Rio de Janeiro* — Coordenação de Saúde Mental. — Rio de Janeiro: SMSDC, 2010. — (Série Normas e Manuais Técnicos) 20p.

superespecialistas e que não vai estar me acompanhando todo dia e que não vai ter o melhor desempenho clínico porque não me conhece e não está próximo de mim, então esse é um desafio cultural que a gente vai precisar está avançando. Um outro obstáculo refere-se em mudar a formação profissional para que essa estrutura de dominação, de poder, essa estrutura de que o cuidado não me pertence ou de que o cuidado exclusivo da minha categoria é outro foco”... G2

As questões mencionadas pelos profissionais dos CAPS como fatores que dificultam a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica foram: situações que extrapolam o âmbito restrito da saúde, situação de risco social, baixa qualificação, insuficiência de recursos, formação, falta de habilidades para atender os usuários portadores de transtornos mentais.

...“O próprio quadro ansiedade do paciente, isso é uma coisa que a gente não pode resolver de imediato, esses pacientes de saúde mental querem que a gente tenha uma solução rápida, às vezes ele quer remédio, que médico, quer isso, quer psiquiatra, e a gente sabe que muitas vezes não é nada disso”... AB 2

...“Eu acho que um dos impasses são os recursos humanos. A gente tem um número de pessoal muito reduzido, os profissionais vão a cada 15 dias, e eu acho que assim, é ótimo para quem não tinha nada, mas acho que ainda tem que melhorar nesse sentido, eu acho que se a gente tivesse um matriciador. Um outro impasse que à saúde mental na criança e na adolescência, a gente ainda não tem um fluxo muito definido, para onde que encaminha essas crianças”... AB3

...“precisa muito treinamento, tanto da equipe do CAPS para entender o que é o matriciamento e atenção básica, tanto da atenção básica para entender o que é o CAPS e o que é Saúde mental, né. Então eu acho que é muita conversa, muito dialogo, e falta treinamento mesmo”. CAPS 6

...“temos dificuldade em relação ao treinamento e qualificação profissional”... AB 7

...“Acho que a gente está iniciando uma articulação, né, digamos assim, a gente vem tentando uma sensibilização das equipes, a gente tem tido muita resistência realmente, é uma formação que não é propiciadora de um bom encontro nesse sentido”... CAPS 5

Os profissionais das unidades básicas de saúde apresentaram dificuldades para lidar com questões relacionadas à saúde mental, seja pelo desconhecimento, por preconceitos acerca da loucura, medo, entre outras. Alguns profissionais entrevistados, principalmente os

da atenção básica, parecem desconhecer a potência do trabalho ou não se sentem convocados ou implicados na produção do cuidado em saúde mental no território.

As dificuldades apontadas pelos sujeitos da pesquisa para a manutenção e ou implantação das ações de saúde mental na atenção básica constituindo uma rede articulada de cuidados está relacionada aos vínculos empregatícios frágeis, o que acarreta uma alta rotatividade dos profissionais, fato que prejudica a manutenção do vínculo longitudinal e, conseqüentemente, a adesão dos usuários tanto nos serviços de atenção básica quanto nos CAPS.

“Concretamente, da maneira como tem sido feita a implantação da atenção básica no Rio, traz muitos impasses. Porque tem essa questão da contratação por OS, salários diferenciados, não tem um planejamento, a própria questão das unidades mistas que a OS entra, e aí cria aquela rivalidade entre servidor e contratado, e isso é um complicador”... CAPS 7

Outro fator também relacionado a este, é o fato que mesmo os profissionais que se dedicaram a fazer o BABEL, estando assim qualificados para desenvolverem o apoio matricial também apresentam alto índice de rotatividade, acarretando uma necessidade constante de aprimoramento das equipes. Outra questão apontada é a própria compreensão que os técnicos de saúde mental têm do trabalho com a atenção básica, a formação dos profissionais que atuam na atenção básica, as condições de trabalho, a insuficiência de recursos e o perfil dos profissionais.

Um grande desafio para formação de uma rede de cuidados em saúde mental incluindo a atenção básica consiste na dificuldade dos profissionais trabalharem de fato na perspectiva da Atenção Psicossocial para além do discurso.

...“Na prática a gente percebe que vários casos é possível manter um acompanhamento na atenção primária, mas não são todos os casos, porque tem uma relação aí de um cuidado mais fino que ainda é necessário fazer, pode ser que no futuro não seja; o CAPS hoje é necessário, pode ser que daqui a dez anos não seja mais necessário, a gente consiga inventar um outro dispositivo ou que a atenção primária possa se apropriar”... G1

...“acho que a gente está iniciando uma articulação, né, digamos assim, a gente vem tentando uma sensibilização das equipes, a gente tem tido muita resistência realmente, é uma formação que não é propiciadora de um bom encontro nesse sentido”... CAPS 5



Tecer um novo olhar para a loucura, sobre suas relações na comunidade, não é fácil de ser conseguido.

Para isto estão envolvidos diversos e distintos fatores, entre eles podemos citar o fato de a formação de muitos profissionais ainda ser voltada para o modelo tradicional, a dificuldade para a realização de um trabalho diferenciado e complexo se dá no e a partir do território, das inúmeras incertezas que uma proposta de cuidado abarca.

Uma das dificuldades também apontadas pelos profissionais do CAPS para o pouco investimento na ampliação do cuidado na atenção básica foi a grande demanda desses dispositivos, o que acarreta segundo eles uma sobrecarga de trabalho, o que dificulta o trabalho dos CAPS para fora de si.

...“O CAPS hoje atende uma população com cerca de 500 mil, 600 mil habitantes. Então assim a gente não dá conta de conhecer de forma pormenorizada um território que abrange isso tudo. Então essa estratégia de saúde da família com recortes menores, né, dentro desse território, compondo equipes com pessoas que cresceram ali e conhecem também a história desse local, eu acho que isso faz realmente uma grande diferença” CAPS 5.

...“A nossa área é imensa e a gente tem poucos recursos, então a gente tem uma dificuldade de diálogo, a gente tem uma área muito grande” CAPS 2

Vale ressaltar também que o número de casos encaminhados dos CAPS para a atenção básica ainda é muito reduzido. É preciso tensionar a não saída dos usuários para outros recursos da comunidade. Não defendemos a lógica clássica dos encaminhamentos, mas sim um compartilhamento, uma corresponsabilização pelo cuidado dos usuários de saúde mental pelos diferentes dispositivos do território.

Apesar da tentativa de alguns segmentos, por vezes dos CAPS e outras dos dispositivos da atenção básica, ainda é premente aumentar a permeabilidade entre os serviços e o seu entorno para que outros circuitos, outros trânsitos para a loucura possam ser traçados.

Os impasses no nível da macropolítica relacionam-se a ausência de determinação de fluxos para os usuários em determinadas áreas do município. Foi percebida em alguns dos serviços estudados a necessidade de uma melhor definição de fluxos de encaminhamentos, de trânsito dos usuários pelos dispositivos da rede, principalmente entre a unidade básica de saúde, as equipes de saúde da família e da equipe de matriciamento.

...“quando a gente encaminha esse paciente para a unidade básica e eles não entendem o motivo do encaminhamento, acabam achando que esse paciente é perfil do CAPS, não entendem a questão das outras necessidades desse paciente, então essa questão da referência e contra referência também é uma dificuldade junto com a questão da capacitação e/ou treinamento profissional.” CAPS 11

...“e aí aonde essa pessoa pega a medicação, qual vai ser o fluxo, são coisas que precisam ajeitar”... CAPS 12

...“Precisamos de mais ajuda, saber para onde vamos encaminhar esse usuário, quais os serviços que vão estar sendo efetivos no encaminhamento e recebimento desse usuário. Às vezes um paciente chega aqui e não sabemos o que fazer, para onde referenciá-lo”... AB 6

“Referência e contra referência em todos os setores, em SM principalmente por ser um setor mais fechado com menos disponibilidade”... AB 7

Para que a adoção das práticas de saúde mental pela atenção básica se constitua numa possibilidade efetiva, com resolutividade para os usuários de saúde mental, faz-se necessário que as equipes possam interrogar suas certezas, aceitar habitar um lugar híbrido, não tão confortável como a sensação de segurança oferecida pelo consultório ou pela estrutura física dos serviços, experimentar lugares e possibilidades. Só assim, teremos a construção de novos modelos de atenção em saúde mental.

De acordo com um dos gestores, um dos fatores facilitadores para a adoção de práticas de saúde mais acolhedoras e inovadoras reside no seguinte aspecto:

...“A gente tinha uma secretaria, com uma terra arrasada, as unidades caindo, uma redução de profissionais absurda ao longo dos anos e redução de financiamento; esse é um fator facilitador, você pega serviços bem destruídos, bem deteriorados e para você mudar algumas práticas, algumas concepções, é mais fácil, incluir novos valores é mais fácil, ter profissionais recém-contratados é mais fácil”... G2

Poucas são as inovações decorrentes dessa articulação. No entanto, as práticas e tecnologias de cuidado advindas dessa articulação caminham na direção de uma atenção mais integral e mais sensível às diferenças.

Observamos experiências que fazem rupturas e criam possibilidades de cuidado diferenciado em saúde mental na comunidade. Experiências como as das AP 2.1 e AP 3.1

que apontam que a inclusão das ações de saúde mental na esfera da atenção básica é um dispositivo potente para o avanço da desmistificação da loucura, da inserção da loucura na cidade e de avanço da Reforma psiquiátrica. Experiências que parecem simples, mas que requerem uma articulação, trabalho e investimento constante das equipes.

“Os resultados são uma maior interação desse paciente com a sociedade, e com isso até mesmo a redução do preconceito que eles carregam sobre eles. Ao ver um usuário de SM sendo tratado e atendido na UB, os outros usuários começam a perceber que eles são “gente como eles”... AB 6

...“Algumas pessoas que tinham o estigma do louco melhoraram, isso está caindo, está diminuindo, alguns ainda têm alguma resistência, mas isso tem melhorado bastante”. AB3

“...Essa mistura do paciente como um todo é um grande benefício, porque podemos ver um paciente de SM que é hipertenso. O benefício é esse, colocar o SUS em prática, integralidade. E diminuição do preconceito”... AB 7

...“hoje com as clínicas da família, nós estamos muito mais próximos nesse sentido do que antigamente, ajudando nosso trabalho e a proposta é inserir o paciente não só em saúde mental, mas em todas as clínicas, e conseguimos trabalhar muito melhor hoje do que décadas atrás, vendo que aquele paciente não é só da saúde mental.” CAPS 11

...“eu acho que naturaliza um pouco esse lugar da loucura na cidade né... acho que desfaz um pouco esse estigma”... eu acho que pelo convívio do usuário nesses espaços, isso desmistifica e desfaz esse estigma da loucura, porque você vê que o louco não é perigoso assim... como se diz... ele não é tão louco assim quanto se acha, puxa, mas ele pensa, mas ele sabe isso, ele sabe aquilo, eu consegui conversar, e aí as pessoas conseguem acessar na festa, conseguem acessar no evento”... G1

Todavia, apesar do desenvolvimento de práticas inovadoras no cuidado em saúde mental no território, nenhuma unidade de AB prescinde da atenção tradicional, mesmo aquelas que desenvolvem prioritariamente ações diferenciadas.

O trabalho intersetorial e comunitário acontece pontualmente, sinalizando para uma oferta ainda dependente do perfil de cada profissional ou do serviço.

A definição de critérios para a inserção dos usuários no serviço ainda acontece, principalmente nas Unidades Básicas pela questão do diagnóstico, ou aos mais graves os CAPS, os casos leves a Atenção Básica. No entanto, alguns CAPS e UBS mencionaram os

critérios de risco e vulnerabilidade como sendo os de admissão nos serviços, o que sugere uma transição interessante da clínica da Atenção Psicossocial.

Em algumas áreas de planejamento, é possível ver a construção de redes efetivas, de solidariedade e de potência entre os diferentes recursos do território. Entretanto, essa situação ainda acontece de maneira muito reduzida, pontual em algumas áreas da cidade onde o trabalho intersetorial se coloca como um imperativo mais do que como uma exigência ética e política como é o caso do que acontece na rede do entorno do CAPS João Ferreira Filho, no Complexo do Alemão, localizado na AP 3.1.

Para garantir esse trabalho diferentes arranjos organizacionais estão sendo viabilizados (fato este muito interessante, pois considera as singularidades dos profissionais, a realidade de cada local, de cada território), possibilitando diferentes maneiras desse trabalho acontecer. Contudo, a atenção em saúde mental não está totalmente incorporada na lógica/cardápio de cuidado das unidades básicas de saúde.

Essa articulação tem propiciado a desmistificação dos profissionais em relação à loucura. Para que estes possam cuidar é necessária a adoção de uma nova compreensão e postura diante da loucura. Ao realizar o cuidado onde o sujeito está, seja na sua casa ou na rua as pessoas deixam de serem apenas “casos” ou prontuários. Com a prerrogativa de que essa prática de atenção aconteça nos espaços da vida dos usuários, torna-se imperativo deixar a “segurança” de um papel bem definido no consultório ou na unidade de saúde para desenvolver um trabalho na rua, na praça, na associação local, dentre outros.

A apropriação das habilidades em saúde mental necessárias para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se dá de forma lenta e gradativa. Desenvolver práticas de saúde mental na atenção básica é um facilitador da construção de novas possibilidades para a clínica da Atenção Psicossocial.

...“Acho que a atenção básica possui recursos potentes para ajudar o CAPS a avançar no território, até mesmo pela própria estratégia da formação da equipe, compondo com o agente comunitário de saúde, que é uma pessoa que conhece bem o território, conhece as pessoas, pela própria localização de serviços na comunidade pela forma de como está sendo pensado, eu acho que tem grande potencial, sim, de ter mais acesso a uma determinada população e conhecer melhor também essa determinada população... é mais uma articulação que a saúde mental é convocada para fazer, com o objetivo de avançar no território, de poder acompanhar melhor e conhecer melhor essa população no território”.

CAPS 5

...“Facilita as relações da compreensão da doença mental com a comunidade”...  
CAPS 9

...“Pode ser um facilitador para as ações em SM, uma vez que (pelo menos em tese) deverá aproximar os profissionais da atenção básica para as questões de SM, com as quais, na maioria das vezes, não estão familiarizados”. CAPS 10

...“Vem permitindo um acompanhamento mais de perto desses pacientes”...  
CAPS 11

...“Esse tipo de trabalho em conjunto permite descobrir a origem de problemas que até então não eram identificados, permite a prevenção de outros problemas fora da SM e ainda consegue incluir esse usuário no convívio da rede, junto aos outros clientes considerados ‘normais’ e contribuir para a inserção desse indivíduo na sociedade”. AB 6

... “Acho que o sofrimento ser tratado só pelo viés da saúde mental, eu acho que acaba fortalecendo a ideia do louco, a saúde da família tem uma outra lógica de trabalho, que não é só pelo viés da questão da loucura, então acho que se essas pessoas pudessem ser cuidadas nas casas ou na própria unidade de saúde da família, com uma certa sensibilização dessas equipes, com outro olhar, com certeza acho que esse mito, o entendimento da comunidade com essa pessoa acho que facilitaria, acho que mudaria”. CAPS 12

Essa articulação é potente para a adoção por parte dos usuários de novos modos de viver a vida. Esse é um trabalho de reterritorialização dos sujeitos, se diferenciando enormemente da assistência tradicional em saúde mental que preconizava a desterritorialização como possibilidade do que denominavam cuidado.

O plano municipal para a saúde mental centrava-se prioritariamente na consolidação e expansão dos CAPS. A partir de 2009, com as mudanças na gestão municipal, a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde preconiza que a expansão das ações deva acontecer prioritariamente por meio da expansão das Clínicas da Família (conformação da ESF no município do Rio de Janeiro) e pelos NASF, contando também com o recurso do matriciamento, que tem sido realizado tanto por profissionais da rede ambulatorial de saúde mental do município quanto dos CAPS. Entretanto, questões como a definição da função dos CAPS no território, dos NASF, e da atenção básica precisam ser debatidas no âmbito municipal, pois as experiências estudadas apontam para certa indefinição e em algumas circunstâncias para uma sobreposição entre esses diferentes dispositivos de cuidado no território. É preciso também que no âmbito da gestão sejam

discutidas as condições necessárias, as melhores soluções para cada região da cidade, considerando a singularidade das experiências.

É preciso reiterar que no mesmo município encontramos cenários e realidades distintas, com processos de atenção à saúde muito diferenciados. Encontramos regiões que conseguiram desenvolver e implantar práticas mais estruturadas: corresponsabilização dos casos, discussões conjuntas, desenvolvimento de práticas como, por exemplo, oficinas de fuxico, grupos de caminhada, dança na atenção básica, estabelecimento de fluxos entre os pontos da rede para o cuidado em saúde mental. Entretanto, é evidente que está distante de ser a realidade na maioria das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro. O que encontramos, e não raramente, foi: dificuldade dos profissionais da atenção básica para desenvolverem práticas de cuidado relacionadas à saúde mental, não responsabilização pela demanda (fato retratado nos encaminhamentos tradicionais), entendimento equivocado sobre o papel da atenção básica, práticas de trabalho cristalizadas, tradicionais e não centradas nos usuários. Em relação ao CAPS, encontramos serviços com pouca atuação no território (fato marcado pela ausência de atividades realizadas fora do espaço do serviço, sobrecarga dos profissionais, grande demanda de atendimentos para o número de profissionais alocados nesses dispositivos, dificuldades para a realização do apoio matricial, falta de compreensão da atenção básica como um serviço estruturante para a reorganização do sistema, entendimento equivocado de que o melhor cuidado em saúde mental é aquele desenvolvido nos serviços especializados).

Como o cuidado em saúde mental ainda está longe de ser uma prática cotidiana da atenção básica, alguns profissionais e serviços desenvolvem ações, alguns serviços implantaram práticas de saúde mental. No entanto, esta prática está longe de ser hegemônica na rede de cuidados. Algumas unidades básicas de saúde não compreendem essa modalidade de atenção, bem como a importância para a implantação de um cuidado integral para a população a ela referida. Outra questão constituiu-se no próprio entendimento dos profissionais tanto dos CAPS quanto da AB sobre a função das unidades básicas de saúde dentro do Sistema Único de Saúde, outras questões também merecem ser nominadas como o estigma e o preconceito que ainda cerca a loucura.

Alguns profissionais e serviços que desenvolvem ações de saúde mental na atenção básica ainda precisam, e talvez precisem por um longo período de tempo do suporte e retaguarda dos CAPS e talvez esse seja um dos caminhos possíveis.

Para consolidar a estratégia de cuidado de saúde mental na atenção básica é preciso manter um diálogo permanente entre as equipes, os recursos do território e os segmentos sociais.

Contudo, neste processo de articulação entre esses dois campos, no município do Rio de Janeiro, constatou-se que as experiências de articulação da saúde mental com a atenção básica vêm ocorrendo de maneira não linear, de forma assimétrica e que essa é uma modalidade de atenção ainda incipiente.

“... por ser uma experiência muito recente, deveria ter um tempo maior para poder se efetivar, mas estão avançando nessa relação, ainda não está muito bem, mas pelo tempo estão avançando bastante.” (G)

...“ações que ainda estão esporádicas, apesar de ter uma cobertura de 78% da cidade com matriciamento em saúde mental mais 25% de saúde da família, isso não é, esse número é quantitativo e não é qualitativo, porque aí tem aquela pessoa que está lá, que caiu de paraquedas, tem aquela pessoa que de fato não sabe manejar e aí entrou uma pessoa com uma cara de doente mental, liga para o CAPS para poder pedir ajuda ou então liga para o matriciador; então isso está começando a entrar num momento de qualificação dessas equipes, e acho que primeiro a gente precisa qualificar”... G1

...“o próprio caso clínico que vai trazer o encontro entre as equipes e a gente não tem uma forma sistematizada de encontro fora esses espaços, a partir desses espaços a gente vai traçando as parcerias e no próprio cotidiano, ou a gente é acessado por eles, ou a gente vai acessá-los na medida da necessidade que aparece o caso clínico.” CAPS 5

...“Eu percebo que essa articulação ainda está muito longe do ideal, mas eu vejo também que os primeiros passos, já começaram a ser dados”. AB 6

...“Então a percepção que eu tenho é que hoje ela está boa, não chega a estar no padrão máximo, muito bom, como deveria ser, ainda tem muito o que evoluir, mas hoje eu acho que melhorou bastante.” AB 7

Inúmeros são os impasses para a consolidação dessa lógica de atenção tanto no nível macro quanto no nível micro da operacionalização das práticas. Desafios de política pública, da ordem, da gestão e das práticas cotidianas. É preciso considerar também que o volume de investimento tanto para estratégias como a de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, e até mesmo para os CAPS, ainda é muito pequeno face à grande demanda.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O avanço do processo de Reforma Psiquiátrica, a crescente demanda por cuidados em saúde mental, o imperativo da construção do acesso universal à saúde e a construção de um cuidado integral impele para a implantação e para a intensificação de estratégias de cuidado inseridas no território e em constante articulação com a atenção básica em saúde.

Neste estudo, pretendeu-se analisar as estratégias desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Definimos essa articulação como um compromisso ético em promover transformações culturais acerca da loucura, tornando a clínica mais flexível, mais permeável, promovendo ações desinstitucionalizantes.

O processo de desinstitucionalização das ações em saúde mental segue em curso. No entanto, para atingir maiores patamares de acesso e de inserção da loucura no espaço social é preciso investimentos cada vez maiores em ações efetivas no âmbito da atenção básica.

Baseado nas portarias ministeriais percebe-se que ainda não dispomos de patamares satisfatórios de serviços de atenção psicossocial no país, sendo necessária a ampliação do acesso aos usuários e familiares aos serviços territoriais de saúde mental. Para tanto, é mister consolidar e ampliar a potência da atenção básica neste cuidado.

É preciso sustentar a necessidade de implantação de diferentes modalidades de cuidado em saúde mental no território para atender as inúmeras e distintas necessidades dos usuários, familiares e comunidade. A saúde mental na atenção básica é um movimento que acontece em consonância com a diretriz da política pública nacional de saúde mental, com as premissas da Reforma Psiquiátrica e que objetiva entre outras, a transformação da sociedade para a convivência com a loucura.

Considerando que a atenção básica configura-se no dispositivo de atenção inserido no território mais próximo a vida das pessoas, é preciso considerar a urgência da inclusão da saúde mental neste ponto de atenção, garantindo acesso de forma equânime a ações e serviços integrais materializados pelo vínculo, o acolhimento e a responsabilização emancipatória.



No município do Rio de Janeiro encontrou-se como aspecto facilitador da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica a possibilidade de construção de novas formas de cuidado em saúde mental, pautadas na solidariedade, na autonomia e cidadania dos usuários, nas relações dialógicas e que apostam, sobretudo, na inserção do louco, da loucura na sociedade. Essa proposta de atenção valoriza várias dimensões da vida dos sujeitos e propicia condições de inserção social e se constitui numa possibilidade de inserção dos usuários em novas redes sociais.

Conviver com as diferenças, com os diferentes, com as pluralidades existentes no território é um exercício político como nos aponta Arendt<sup>155</sup> (2004). Portanto, essa articulação é feita entre pessoas, garantindo um trânsito para a loucura no território e explorando as potencialidades do mesmo. Esta estratégia tem possibilitado a ampliação da participação dos usuários nos processos de trocas sociais na cidade.

Percebeu-se que as ações de saúde mental na atenção básica não se restringem a um serviço, referem-se, entre outras, a práticas de cuidado que se tece em rede, a partir dos encontros que resultam na tomada de responsabilidade não apenas pelos profissionais, mas de um conjunto de dispositivos a serviço de um cuidado atencioso e singular aos portadores de transtornos mentais.

Com a realização desse estudo foi possível fazer algumas inferências sobre como estão sendo produzidas as ações de saúde mental na atenção básica na cidade do Rio de Janeiro.

A gerência de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro aponta o apoio matricial como a principal tecnologia de gestão adotada para promover a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.

Este apoio vem sendo implantado na perspectiva de formação de pessoas, da rede de cuidado, visando a qualificar as equipes da atenção básica para um cuidado integral em saúde mental. Para tanto, o apoio matricial tem acontecido de diferentes maneiras nas unidades de saúde pesquisadas, face à determinada circunstância o apoio matricial se configura em diferentes modalidades: discussão conjunta de casos, atendimento compartilhado, visita domiciliar conjunta, supervisão por parte do profissional especialista, e ainda cabe destacar modalidades que surgem em decorrência das urgências cotidianas, como a orientação via telefone em caso de situações de risco social.

É necessário um esforço conjunto entre trabalhadores, gestores e unidades formadoras de profissionais de saúde para o desenvolvimento de sistemas de avaliação que possibilitem apreender os resultados de experiências não apenas do matriciamento, mas também sobre a resolubilidade e efetividade da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica como geradora de outras possibilidades de cuidado na Atenção Psicossocial.

Apesar de toda a potencialidade da inclusão das ações de saúde mental na atenção básica alguns impasses foram encontrados. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se constitui num desafio complexo e estimulante para o desenvolvimento de práticas e tecnologias de cuidado.

Um grande desafio dessa articulação reside no estigma da periculosidade do louco, ainda presente no imaginário dos profissionais de atenção básica. Faz-se urgente desenvolver ações que busquem produzir transformações nos modos em que a sociedade lida com a loucura, com o louco e com a diferença, nas relações existentes entre a concretude da população que produz e repele a loucura. Sendo assim, é preciso intervir no espaço das relações, da vida das pessoas para avançarmos em direção ao objetivo da Reforma Psiquiátrica, que é o de promover mudanças culturais acerca da loucura e garantir outros trânsitos para a loucura nas cidades. Tem-se nessa estratégia uma possibilidade de produzir essas tão almejadas mudanças, avançando no processo de desinstitucionalização. Entretanto, é premente uma mudança de atitude profissional diante do fenômeno da loucura.

Outro desafio a ser transposto consiste na intersetorialidade das práticas. Constataram-se dissonâncias entre as diretrizes da política de saúde mental e o cotidiano dos serviços e das práticas, assim como a ausência de redes estruturadas e articuladas aos demais recursos do território, cujo desdobramento se reflete na baixa oferta de ações e práticas de saúde mental no âmbito da atenção básica à saúde e no alto número de usuários referenciados/vinculados ao CAPS. Para a integralidade do cuidado em saúde mental, incluindo ações na atenção básica é preciso transcender a fronteira setorial; a visão compartimentalizada do processo saúde/ doença característico do modelo biomédico ainda hegemônico na saúde, rompendo o gueto da saúde mental em direção a um cuidado em saúde no território.

É preciso assegurar o acesso aos serviços de saúde mental territoriais e que estes se constituam como uma possibilidade concreta para os usuários e seus familiares. A saúde

mental na atenção básica ainda não se constitui numa possibilidade real para a garantia do acesso aos serviços e ao acompanhamento, para o exercício de práticas mais equânimes e para a construção de uma atenção integral em saúde.

Outro nó crítico para articulação das ações de saúde mental na atenção básica relaciona-se com a questão da formação para o trabalho em redes de atenção no Sistema Único de Saúde. É preciso reafirmar a necessidade de formar pessoas para o trabalho articulado entre saúde mental e atenção básica. Para tanto, enfatiza-se a importância de mudança na formação universitária, melhoria na educação e da formação para a prática de atenção em saúde consoantes aos princípios do SUS.

A mudança no campo da saúde mental impede transformações na área de educação. Os saberes tradicionais, fragmentados, focados nos aspectos biológicos, necessitam ser reconstruídos para atenderem a essa nova possibilidade de cuidado em saúde mental.

A qualificação dos profissionais da atenção básica para o desenvolvimento de práticas em saúde mental consiste, entre outros, na possibilidade de ampliação do acesso aos usuários aos serviços territoriais. Entretanto, não só estes profissionais necessitam de qualificação, é preciso também qualificar os profissionais de saúde mental para o trabalho na atenção básica ocupando o território e estando aberto às novas demandas surgidas.

Para que essa estratégia se consolide como uma possibilidade de cuidado obstáculos de caráter burocráticos também precisam ser superados. Assim como é necessário superar a ideia de encaminhamentos frios, burocratizados, desresponsabilizados, o que se coloca na contramão do trabalho que tem como princípio a construção e manutenção dos vínculos entre equipes, serviços, usuários e familiares.

Questões relacionadas à referência e contrarreferência também precisam ser redimensionadas. É preciso considerar até que ponto o engessamento ou banalização desta prática não se torna um impeditivo do acesso dos usuários aos serviços de atenção em saúde e não implica a desresponsabilização pela demanda, fato este contrário ao preconizado pelo processo de Reforma Psiquiátrica.

Pôde-se constatar-se que os serviços de atenção básica não se responsabilizam pelos cuidados que lhes compete oferecer, nos quais estão incluídos os cuidados em saúde mental. Para o estreitamento das ações compartilhadas é necessária a ampliação de espaços e fóruns de discussão para a implantação de um processo de trabalho compartilhado e corresponsável.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica amplia a possibilidade de acesso dos usuários aos serviços que eles necessitam.<sup>156</sup> No entanto, muitos são os impasses a serem superados nesta direção. Entre esses destaca-se o número reduzido de profissionais com habilidades e disponibilidade necessárias para a implantação dessa estratégia de cuidado, a formação ainda insuficiente para este tipo de trabalho, questões relacionadas à gestão, como a indefinição de diretrizes de trabalho a serem adotadas pelos serviços e questões relacionadas ao financiamento para a expansão da rede territorial em saúde mental.

Para que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se constitua em uma possibilidade de se configurar como uma modalidade substitutiva ao modelo asilar de cuidado a indivíduos com sofrimento psíquico, com resolutividade e equidade, é preciso repensar a organização dos serviços para melhor acolherem essa clientela. Os dispositivos de atenção básica precisam estar disponíveis para atender à demanda dos usuários de saúde mental. É preciso uma maior plasticidade das práticas de cuidado e dos serviços de saúde. Orientando-se por práticas centradas no usuário (MERHY, 2002).<sup>100</sup>

Para uma maior expansão das ações de saúde mental na atenção básica, em conformidade com as diretrizes da atual política pública nacional de saúde mental, é preciso maior investimento da gestão local, fazendo constar como uma diretriz prioritária da política municipal, incentivar a criação de estratégias de cuidado em saúde mental cada vez mais voltadas para o eixo territorial, que extrapolem a atenção especializada, trabalhar para a adoção de políticas e ações cada vez mais intersetoriais, investir na permanência dos profissionais nos serviços, diminuindo a precariedade dos vínculos trabalhistas.

Diante dos achados deste estudo, foram identificadas novas tecnologias de cuidado materializadas por meio de atendimentos compartilhados, visitas e acompanhamentos domiciliares conjuntos, atividades no território como atividades conjuntas em dispositivos no território com jogo de futebol no campo da comunidade, feiras de artesanato nos locais da comunidade, atividades culturais não apenas para os usuários, sejam eles da atenção básica ou da saúde mental.

Apesar de se configurar como uma estratégia em fase de implantação no município, constatou-se que a articulação entre saúde mental e atenção básica é um dispositivo potente para a ampliação do acesso aos serviços pelos usuários e também para a promoção da desmistificação da loucura, inserindo-a na vida da cidade. A inclusão das ações de saúde

mental na atenção básica possibilita a implantação de estratégias de cuidado e de novas conformações e organização tanto dos CAPS quanto dos serviços da rede de atenção básica de cuidados à saúde.

Importante destacar que houve avanços importantes na implantação das ações de saúde mental na atenção básica no município do Rio de Janeiro; no entanto, cabe considerar que as práticas implantadas ainda estão distantes do que seria desejável para avançar no sentido de se alcançar os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Há de ser empenhado muito trabalho e esforços para articular sistematicamente as práticas e melhorar efetivamente a qualidade da atenção aos usuários.

Existem impasses operacionais na construção de uma rede de cuidados ampliada aos espaços sociais. Os profissionais não se mostram familiarizados com as questões da saúde mental, sendo ainda incipientes suas ações, requerendo assim, uma sensibilização que lhes permita entender a lógica da saúde mental na atenção básica, bem como sua especificidade, levando em consideração a idiosincrasia dos problemas vivenciados por pessoas com transtornos mentais (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).<sup>157</sup>

Mesmo com as dissonâncias apresentadas, a atenção básica apresenta-se como o espaço mais privilegiado para uma atenção em saúde mental integral e equânime. No entanto, é preciso expandir a possibilidade do cuidado em saúde mental na atenção básica dos pequenos municípios para os grandes centros. Pelo menos em tese e do ponto de vista dos determinantes sociais, o acompanhamento longitudinal e próximo do local de vida das pessoas permite à atenção básica uma abordagem mais complexa das suas demandas, incluindo as de saúde mental. Desta forma, sua implantação tem sido uma diretriz das políticas na busca da universalidade da assistência e da ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Parafraseando Onocko Campos<sup>104</sup> (2011), com a articulação da saúde mental com a atenção básica espera-se gerar movimentos, fazendo com que os serviços abandonem a lógica centrípeta de funcionamento, centrados em si mesmos, e assumam uma perspectiva de ações voltadas para os recursos do território, trabalhando na ampliação da clínica da Atenção Psicossocial. Assim será possível transformar e – por que não? – inovar nas práticas de cuidado aos usuários de saúde mental. Espera-se que com a maior articulação entre a saúde mental e a atenção básica possa ser produzido uma melhoria na qualidade de

vida, maior inclusão social e o pleno exercício da cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental.

Não podemos perder de vista a necessidade de radicalidade e de rupturas que a mudança dos modos de cuidar em saúde mental requer. Faz-se necessário investimento maciço nesta proposta de cuidado, que de início já tende a romper com a ideia de serviços especializados para o cuidado.

É preciso fazer com que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica se constitua em uma política no sentido atribuído por Arendt<sup>155</sup> (2004), que afirma que o sentido da política é a liberdade, sendo marcado pela adoção das ações de saúde mental pela atenção básica que possibilita a existência da pluralidade e diversidade no território e amplia a convivência entre as diferenças e entre os diferentes. Não seria esse um exercício de liberdade?

E termina-se defendendo a ideia de que a saúde mental na atenção básica é uma clínica complexa, no entanto, possível! É possível numa superfície onde se tem de fundo o imperativo do movimento da Reforma Psiquiátrica e do SUS, visando à transformação da sociedade para o convívio com a loucura. A saúde mental na atenção básica é uma lógica de operar o cuidado contribuindo para uma nova convivência com a loucura no território.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nietzsche F. Vontade de potência. São – Paulo: Editora Escala, 2002.
2. Rubinstein E. Introducción a la medicina familiar: Profam: Programa de Educación a Distancia de la Medicina Familiar y Ambulatoria. 2ª ed. Buenos Aires: Fundación MF; 2001.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf) [acesso em 15 dez 2011].
4. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, com foco na estratégia de saúde da família. Diário Oficial União. 04 mar 2008; Seção 1:38.
5. OMS – Organización Mundial de La Salud. Declaración de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; Alma-Ata; 1978.
6. PAHO – Pan American Health. Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas. Washington; 2007.
7. WHO-World Health Organization. Mental Health. New Understanding, New Hope. Report. Geneva; 2001.
8. Mari J. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ciência saúde coletiva 2011; 16 (12): 4590-4602.

9. Reichenheim ME, et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011; 377 (9781): 1962-1975.
10. World Psychiatry Association \_ WPA. Guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010.
11. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1998.
12. WHO – World Health Organization. Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective. Geneva; 2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. Circular conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários [Internet]. Brasília; Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
14. Ministério da Saúde. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2011.
15. Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16 (12): 4579-4589.
16. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990; Seção 1:018055.



17. Delgado PGG. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: Venâncio A, Cavalcanti MT, organizadores. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições Ipub-Cuca 2001: 283-290.
18. Rotelli F, Leonardis O, Mauri, D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.
19. Guljor AP, Alves DS. O Cuidado em Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos R A, Organizadores. Cuidado: as fronteiras da Integralidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 2004: 221-240.
20. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.
21. Souza AC. Em tempos de PSF... Novos rumos para atenção em saúde mental? [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, FIOCRUZ; 2004.
22. Cerqueira MP. A política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil da UFRJ; 1999.
23. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Ações e Serviços em Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório da Gestão de 2011 da Coordenação de Saúde Mental/ SAP/ Subpav/ SMSDC. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <http://saudementalrj.blogspot.com/>.
24. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC; 2011.

25. Castoriadis C. As encruzilhadas do labirinto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
26. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman. 2005.
27. Shi L. Health Services Research Methods, Int. Thomson Publ. 1997.
28. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Editora Atlas. 2008.
29. Cruz Neto O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1997: 51-66.
30. Meksenas P. Pesquisa social e ação pedagógica: conceitos, métodos e práticas. São Paulo: Loyola. 2002.
31. Richardson RJ. Pesquisa Social Métodos e Técnicas. São Paulo: Editora Atlas. 1999.
32. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9º edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco. 2006.
33. Vasconcellos ED. Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa. Petrópolis: Editora Vozes. 2002.
34. Reis VLM. A reforma psiquiátrica no município do Rio de Janeiro: perspectivas e impasses [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da FIOCRUZ; 1996.
35. Fagundes H, Libério M. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. Saúde em Foco; 1997,16: 30-35.

36. Silveira DP. Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da FIOCRUZ; 2003.
37. Coutinho ESF, Silva JPL, Amarante PDC. Os Hospitais psiquiátricos na Cidade do Rio de Janeiro: institucionalização agregada e doença mental. *Saúde em Debate* 2001; 25(57):71-77.
38. Libério MMA. Estudo de satisfação com os CAPS da Cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil da UFRJ; 1999.
39. Nunes APAP. Desafios e práticas dos psicólogos na rede básica de saúde do município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2009.
40. Rio de Janeiro (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993. Rio de Janeiro, 1993.
41. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela portaria n.º 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo tipificação diferenciada a partir de critérios populacionais; cria serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Estabelece mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS. *Diário Oficial União*. 07 fev 2002.
42. SMS/GSM. Esboço de um Programa de Saúde Mental para a Cidade do Rio de Janeiro. Documento Interno / SMS, Rio de Janeiro. (mimeo); 1997.
43. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. Edições 70, 2011.

44. Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Women International* 1992; 13: 313– 321
45. Campos CJG. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(5):611-4.
46. Merhy EE, Onocko R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2 ed. São Paulo: Hucitec. 2002.
47. Foucault M. *O nascimento da clínica*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
48. Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2000; 16,(1): 71-79.
49. Lobosque AM. *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.1997.
50. Amarante PDC. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante PDC, organizador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. 2003; 45-66.
51. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
52. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec. 2006.
53. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
54. Fleury MTL. O Desvendar a Cultura de uma Organização – Uma Discussão Metodológica. In: Fleury MTL, Fischer, RM, organizadores. *Cultura e Poder nas Organizações*. São Paulo: Atlas. 1996.

55. Pinto JCSG. Integralidade, clínica ampliada e transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em saúde mental [dissertação de mestrado]. Niterói: Departamento de Psicologia da UFF; 2007.
56. Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008.
57. Pereira AA. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre processo de formação em serviço. Cadernos IPUB; 2007, 24:13-33.
58. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. Revista de Saúde Pública 1998; 32 (6): 587-595.
59. Saraceno B. Libertando identidades: da libertação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Tê Corá Ed./IFB. 1999.
60. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J MF, organizador. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Editora Resenha. 1991: 53-79.
61. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996.
62. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
63. Amarante PDC. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante PDC, organizador. A Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994; 73-84.

64. Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante PDC, organizador. Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz. 2000: 141-168.
65. Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 09 abr 2001. Seção 1:2.
66. Amarante PDC, Giovanella L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: Amarante PDC, organizador. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1998; 113 – 148.
67. Yasui S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
68. Amarante PDC. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizadora. Saúde e democracia. A luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1997: 163-185.
69. Freire FHM. A. O Sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
70. Pitta AMF. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1994; 43 (12): 647- 654.
71. Almeida PF. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da FIOCRUZ; 2002.

72. Silva, MBB. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 2005; 8 (2): 303-321.
73. Guljor APF. Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ; 2003.
74. Ministério da Saúde. Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. *Diário Oficial União*. 02 de setembro de 2002.
75. Ministério da Saúde. Portaria nº 224 de 19 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. Estabelece normas, proíbe práticas que eram habituais e define como corresponsáveis, à luz da lei Orgânica da Saúde (nº 8.080 de 19/ 09/ 90), os níveis estadual e municipal do sistema, que são estimulados a complementá-la. *Diário Oficial União*. 30 jan 1992; Seção 1: 1168.
76. Tykanori R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec. 1996: 55-59.
77. Amarante PDC, Pande MNR. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16 (4): 2067- 2076.
78. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

79. Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007: 55-66.
80. Pitta AMF. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Delgado PG, organizador. Cadernos de Textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
81. Passos E. O CAPS como matriz das ações psicossociais no território. In: III Encontro de serviços de atenção psicossocial do Rio de Janeiro: o cuidado em sua dimensão ético, clínica e política, 2004, Rio de Janeiro. Disponível em <[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf\\_mental.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf)> acesso em: 21 nov. 2011.
82. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. PSICO 2011; 42 (2): 168-178.
83. Santos SA. Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência [tese do doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2006.
84. Yasui S. Da negação do manicômio à afirmação da vida: o processo civilizador da Reforma Psiquiátrica [Projeto de qualificação de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2004.
85. Alves DS. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde., Rio de Janeiro Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco. 2001: 167-176.
86. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz; 1999.



87. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental em dados 3. Brasília. Ministério da Saúde; 2006.
88. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
89. Souza HM, Sampaio LFR. Atenção básica. Política, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil. In: Negri BRF, Viana AL organizadores. Recursos Humanos em Saúde – política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP, Instituto de Economia. 2002: 9-31.
90. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.
91. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1998.
92. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde. Guia prático de implantação do Programa Saúde da Família. Brasília; 2001.
93. Lancetti A. Saúde Loucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família. 2 ed. São Paulo: Hucitec. 2001.
94. Hochmann J. Hacia una psiquiatria comunitaria. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1972.
95. Ministério da Saúde. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.

96. WHO – World Health Organization. Mental Health System in Brazil. Report. Brasília; 2007.
97. 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; 2007.
98. Merhy EE, Feuerwerker LM. Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisa/atencadomiciliar/textos.php>. Acessado em 11out 2011.
99. Costa- Rosa A, Luzio CA, Yasui S. A Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante PD. Organizador. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003: 13-44.
100. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec. 2002.
101. Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde. [Tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2006.
102. Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. SANARE 2007; 6 (2): 34-42.
103. Campos FCB, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. Cadernos do IPUB 2007; 24: 67-79.
104. Onocko-Campos, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16 (12): 4643-4652.

105. Bower P, Sibbald D. Mental Health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (3):CD000532.
106. Houaiss AMV. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Instituto Antonio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda, Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2001
107. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. RJ, 2º edição; 2009.
108. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ- ABRASCO. 2001: 39-64.
109. Uribe RFJ. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. *Cad. Saúde Pública* 1989; 5(1): 60-81.
110. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco. 2001: 65-112.
111. Pinheiro R, Guizard FL. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco. 2004: 37-56.
112. Machado FRS. Algumas interfaces do direito à saúde. In: Roseni Pinheiro; Aluisio Gomes da Silva Junior, organizadores. *Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ- ABRASCO. 2011: 85-100.

113. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde. Rio de Janeiro: IMS- UERJ-Abrasco. 2001: 113-126.
114. Pinheiro R, Mattos RA. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC / Abrasco. 2006:11-26.
115. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface 2005; 9 (17): 287-301.
116. Pinheiro R, Mattos RA. A Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-Abrasco. 2003.
117. Souza ÂCS. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem 2006; 10 (4): 703-710.
118. Hennington EEA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cadernos de Saúde Pública 2005: 21 (1): 256-265.
119. Araújo FCA. A (des)integralidade pela (in)diferença: um estudo sobre práticas assistenciais ao louco na emergência de um hospital “quase geral”. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 2007.
120. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 1999; 15 (2): 345-353.

121. Ayres JR.. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* 2004; 13 (3): 16-29.
122. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (1): 27-34.
123. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec. 1994: 117-60.
124. Schmith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2004 ; 20 (6): 1487- 1494.
125. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: [www.opas.org.br/serviços/arquivos](http://www.opas.org.br/serviços/arquivos). Acesso em: 09 set 2010.
126. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia*. 5º edição. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
127. Viana ALD, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. *São Paulo Perspect* 2003; 17:58-68.
128. Sposati A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. In: Verás MPB organizador. *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo, Educ. 1999.
129. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC organizador. *Odontologia*

- em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre: Artmed Editora. 2003: 28-49.
130. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
  131. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*. 2005;15: 225-64.
  132. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saude soc*. 2006; 15 (2): 23-33.
  133. Nicacio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese do doutorado]. Campinas: Universidade Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2003.
  134. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15 (1): 161-170.
  135. Corrêa ACP, et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32 (3):451-7.
  136. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2):190-198.
  137. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press. 1973.
  138. Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam* 2009; 12 (1): 130-140.

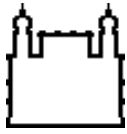
139. Vargas AMD, et al. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. Saude soc 2011 ; 20 (3): 821-828.
140. Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saude soc. 2010;19: 709-716.
141. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011. Brasília, 2011.
142. Haggery JL, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003; 327(7425): 1219-1221.
143. Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc.saúde coletiva. 2009; 14 (2): 477-486.
144. Kinoshita RT. Em Busca da Cidadania. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira mar. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 1997: 67-77.
145. Santos M. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha. 2002.
146. Amarante PDC, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate 2001; 25: 26-34.
147. Leite JC. Entrevista: Milton Santos. Teoria e Debate. 1999. [acesso 08 novembro 2010]; 12 (40): 32-39. Disponível em: <http://www.fpa.org.br/o-que-fazemos/editora/teoria-e-debate/edicoes>.

148. Souza MAA. Milton Santos, um revolucionário. Observatorio Social de América Latina. Buenos Aires: CLACSO. 2005; 6 (16).
149. Cavalcanti MT, et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em Centros de Atenção Psicossocial do Rio de Janeiro, RJ. Ver Saúde Pública 2009; 43 (1): 23-28.
150. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de Redes: A estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro. Ed. FGV. 2007.
151. Silva SF, Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: Silva SF organizador. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2 ed. Campinas, SP: saberes editora, 2011.
152. Santos L, Andrade LOM. Rede interfederativa de saúde. In: Silva SF organizador. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2 ed. Campinas, SP: saberes editora, 2011.
153. Mendes EV. Redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG. 2007.
154. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate 2008; 32: 27-37.
155. Arendt, H. O que é política? 5 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.
156. Thornicroft, G, Tansella M. Boas práticas em saúde mental comunitária. Barueri, SP: Manole, 2010.



157. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública 2007;2(10): 2375-84.

## Apêndices



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
Comitê de Ética em Pesquisa



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Ações de Saúde mental na Atenção Básica: Estratégias para a promoção de integralidade e equidade na Atenção Psicossocial. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca nº 54/11 - CAAE: 0065.0.031.000-11

Você foi selecionado por seu trabalho envolver a realização de práticas assistenciais em saúde mental na atenção básica. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, não implicando em nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição responsável pela pesquisa.

Este estudo se justifica devido a importância que a inclusão da saúde mental na atenção básica adquiriu na atual política pública nacional de saúde mental.

Os objetivos desse estudo consistem em: analisar as estratégias desenvolvidas pelos CAPS da cidade do Rio de Janeiro para inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica;; identificar impasses e dificuldades para a inclusão da Saúde Mental na rede de Atenção Básica como parte da política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro; Identificar as tecnologias de cuidado em saúde mental oriundas da articulação entre CAPS e Atenção Básica.

Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em conceder uma entrevista a equipe da pesquisadora Ândrea Cardoso de Souza. A mesma será gravada por um equipamento de áudio MP4. As mesmas serão transcritas na íntegra para a análise das falas dos sujeitos da pesquisa. O uso do material da entrevista será de uso restrito da pesquisadora e para fins dessa pesquisa.

Não haverá risco algum na sua participação. No entanto, os benefícios relacionados ao seu consentimento são a possibilidade de contribuir para a ampliação das práticas no campo da Atenção Psicossocial, além de contribuir para a sistematização e publicização das práticas e ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica. Nesse sentido, firma-se o compromisso do retorno dos resultados para os serviços de saúde da atenção básica que farão parte desse estudo.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Ainda que os resultados da pesquisa sejam divulgados na forma de artigos científicos posteriormente, as informações serão explicitadas de forma a impossibilitar sua identificação.

O presente documento em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho nacional de saúde será assinado em duas vias, contando neste o endereço, e-mail e telefone da pesquisadora e da instituição responsável, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação, além de permitir o acompanhamento da pesquisa a qualquer momento.

---

Ândrea Cardoso de Souza  
Pesquisadora responsável

Neste termos e considerando-me livre esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

---

Sujeito da pesquisa

Instituição do Pesquisador: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - EEAAC  
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica – Mep  
Universidade Federal Fluminense  
R. Dr. Celestino 74- Sala 51 -Centro/ Niterói - RJ - 24020-091  
Tel: 2629-9457 2629-9456 Cel: 91247279  
E-mail: andriacz@ig.com.br

Instituição Responsável: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
End.: Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480, sala 314 – Manguinhos/ Rio de Janeiro/ RJ CEP:  
21041-210  
Tel: 2598-2863  
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br/etica

## Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado Ações de Saúde mental na Atenção Básica: Estratégias para a promoção de integralidade e equidade na Atenção Psicossocial. Aprovado no Comitês de Ética da Prefeitura (nº 89/11 – CAAE nº: 0137.0.031.314-11).

Você foi selecionado por seu trabalho envolver a realização de práticas assistenciais em saúde mental na atenção básica.

Este projeto tem por objetivo analisar as estratégias desenvolvidas pelos CAPS da cidade do Rio de Janeiro para inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica; identificar impasses e dificuldades para a inclusão da Saúde Mental na rede de Atenção Básica como parte da política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro; Identificar as tecnologias de cuidado em saúde mental oriundas da articulação entre CAPS e Atenção Básica.

Você será submetido à aplicação de um questionário por um entrevistador treinado na fase inicial do projeto. Esta entrevista será gravada em um aparelho de áudio MP4.

Não há riscos relacionados aos procedimentos que serão realizados neste estudo. Embora não haja nenhuma garantia de que o(a) Sr(a) terá benefícios com este estudo, as informações o(a) Sr(a) fornecer serão úteis para sistematização e publicização das práticas e ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica, além de contribuir para a ampliação das práticas no campo da Atenção Psicossocial podendo beneficiar outros indivíduos.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. O(A) Sr(a) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo, ou seja, para a realização das entrevistas, que serão custeadas pela própria pesquisadora. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

Assinando esse consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu relacionamento futuro com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contatando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1590. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,  
\_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ concordo  
em participar do estudo intitulado Ações de Saúde mental na Atenção Básica: Estratégias para a promoção de integralidade e equidade na Atenção Psicossocial.

Eu fui completamente orientado pela Ms. Ândrea Cardoso de Souza que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, que não possui patrocinador e também não é financiado por nenhum órgão, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da investigadora. Eu concordo que não procurarei restringir o uso que se fará sobre os resultados do estudo.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Participante: Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: Ândrea Cardoso de Souza  
Universidade Federal Fluminense  
R. Dr. Celestino 74- Sala 51 -Centro/ Niterói – RJ – 24020-091  
Tel.: 2629-9457 / 2629-9456 Cel.: 91247279  
E-mail: andriacz@ig.com.br

Orientador da pesquisa: Professor Dr. Francisco Javier Uribe Rivera  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
End.: Rua Leopoldo Bulhões, nº 1480, 7º andar – Manguinhos/ Rio de Janeiro/ RJ CEP:  
21041-210  
Tel.: 2598-2525  
E-mail: uribe@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova  
Telefone: 3971-1463  
www.saude.rio.rj.gov.br/cep  
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepmsrj@yahoo.com.br

## **Roteiro de Entrevista: diretores de CAPS e de UBS**

Esse roteiro foi elaborado com vista a contemplar os objetivos dessa pesquisa: Analisar as estratégias desenvolvidas no município na cidade do Rio de Janeiro para inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica; Conhecer as estratégias de inclusão da Saúde Mental na rede de Atenção Básica, planejadas e desenvolvidas em nível micro e macropolítico no município do Rio de Janeiro; Identificar impasses e dificuldades para a inclusão da Saúde Mental na rede de Atenção Básica como parte da política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro; Identificar as tecnologias de cuidado em saúde mental oriundas da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica.

Com o intento de direcionar a pesquisa de campo foi elaborado um roteiro que balizará as entrevistas, bem como a análise dos dados. Essa será guiada pelos atributos apontados na tese como primordiais para a implantação das ações de Saúde Mental na Atenção Básica na perspectiva da desinstitucionalização: integralidade da atenção, equidade, trabalho em rede, e território como espaço privilegiado das práticas em Saúde Mental.

### **▪ Identificação**

Data de realização:

Nome da instituição:

Categoria profissional:

Idade:

AP:

Profissional do CAPS ( )    Profissional da UBS ( )    Profissional da ESF ( )

Coordenador de CAPS ( )    Coordenador de UBS ( )    Coordenador da ESF ( )

Gestor municipal de atenção psicossocial ( )

### **▪ Sobre os profissionais**

- Você percebe potencialidades no trabalho de inclusão da Saúde Mental na Atenção básica?

( ) Sim

( ) Não

Quais?

Por quê?

- Como você percebe a articulação da Saúde mental com a Atenção Básica?

- Como tem acontecido em seu serviço o desenvolvimento das práticas de Saúde mental junto a Atenção Básica?

- O que significa para você o trabalho de articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica?

- Quais são os principais impasses e dificuldades para a efetiva implantação das ações de Saúde Mental na Atenção básica?

- Quais as potencialidades da articulação desses dois campos?

- Quais são os resultados atribuídos a esta modalidade de atenção?

( ) redução das internações

( ) construção de novas práticas em saúde mental. Quais?

( ) desenvolvimento de um trabalho diferenciado. Como?

( ) outros. Quais? \_\_\_\_\_

▪ **Sobre a clientela (pergunta apenas para a Atenção Básica)**

- Quais são as principais características dos usuários de saúde mental que vocês atendem?

- Você acompanha/ atende usuários egressos de hospitais psiquiátricos?

▪ **Sobre o serviço**

- Como ocorre o acesso dos usuários de saúde mental ao serviço?

- Quais os critérios para inserção dos usuários de saúde mental no serviço?

- O serviço atende a demanda espontânea?

( ) Sim Em que circunstância? \_\_\_\_\_

( ) Não

▪ **Sobre as práticas/ tecnologias de cuidado**

- Quais práticas de atenção você desenvolve no seu cotidiano?



- Existe articulação do serviço com a rede local (não apenas serviços do âmbito da saúde, mas também associação de bairro, de moradores, escolas, clubes, etc.)?

( ) Sim

( ) Não

Como acontece? E com quais serviços?

- O serviço atende e ou acompanha usuários em crise? Em caso positivo, como? Quais práticas adotadas? Quais recursos são acionados para esse atendimento?

- O serviço utiliza outros espaços do território para o atendimento/ acompanhamento dos usuários? Quais? Como?

- Quais são os motivos e critérios de encaminhamento dos usuários para outros dispositivos? Como é feito?

- Quais as práticas de cuidado em SM que a AB tem oferecido?

### **Apenas para os CAPS**

Você conta com a AB para o compartilhamento de casos?

( ) Sim. Em quais circunstâncias?

( ) Não. Por quê?

### **Apenas para a AB**

Você conta com o CAPS para o compartilhamento de casos?

( ) Sim. Em quais circunstâncias?

( ) Não. Por quê?

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

### **Para os CAPS**

Solicitar contato de uma Unidade Básica de Saúde ou ESF com quem o serviço tem maior proximidade

Nome da Unidade:

Tel.:

Nome do diretor e ou profissional que o CAPS tem mais contato:

## **Roteiro de Entrevista: gestor**

Esse roteiro foi elaborado com vista a contemplar os objetivos dessa pesquisa: Analisar as estratégias desenvolvidas no município na cidade do Rio de Janeiro para inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica; Conhecer as estratégias de inclusão da Saúde Mental na rede de Atenção Básica, planejadas e desenvolvidas em nível micro e macropolítico no município do Rio de Janeiro; Identificar impasses e dificuldades para a inclusão da Saúde Mental na rede de Atenção Básica como parte da política pública de saúde mental no município do Rio de Janeiro; Identificar as tecnologias de cuidado em saúde mental oriundas da articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica.

Com o intento de direcionar a pesquisa de campo foi elaborado um roteiro que balizará as entrevistas, bem como a análise dos dados. Essa será guiada pelos atributos apontados na tese como primordiais para a implantação das ações de Saúde Mental na Atenção Básica na perspectiva da desinstitucionalização: integralidade da atenção, equidade, trabalho em rede, e território como espaço privilegiado das práticas em Saúde Mental.

### **▪ Identificação**

Data de realização:

Nome da instituição:

Categoria profissional:

Idade:

Gestor municipal de Atenção Primária ( )

### **▪ Sobre a gestão**

- Você considera importante a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica?

( ) Sim ( ) Não

Por quê?

- A Saúde Mental na Atenção Básica se constitui numa diretriz da política municipal de Saúde?
- Em caso positivo, desde quando?
  
- Como tem acontecido a implantação das ações de Saúde mental na Atenção básica no município do RJ?
  
- Fale um pouco sobre a construção e solidificação dessa modalidade de atenção no município do Rio de Janeiro.
  
- Quais estratégias estão sendo desenvolvidas para a implantação dessa modalidade de atenção?
  
- Quais as iniciativas empreendidas pelo município/ unidade para fortalecer a inclusão das ações de saúde mental na AB?
  
- Quais os desafios para o trabalho de SM na AB?
  
- Você considera essa articulação uma prática integral em saúde? Por quê?
  
- Você considera essa articulação uma proposta relacionada à equidade? Como essa articulação poderia desenvolver práticas mais equânimes em saúde?
  
- Você considera que essa articulação amplia o acesso dos sujeitos a atenção em saúde mental? Como e por quê?
  
- Para que esse trabalho aconteça é preciso o funcionamento de redes. Qual tem sido a proposta da gestão para articular esse trabalho, para integrar as ações de saúde mental aos demais serviços?
  
- Esse é um trabalho em que a noção de território é fundamental. Como a gestão pensa ser possível o desenvolvimento das ações de saúde mental no eixo territorial?
  
- Quais os principais desafios/impasses relacionados à gestão para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica?
  
- Quais os principais fatores facilitadores para a implantação dessa proposta?