

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
UM DIÁLOGO NECESSÁRIO

Marília Rezende da Silveira

BELO HORIZONTE
2009

Marília Rezende da Silveira

**A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
UM DIÁLOGO NECESSÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Roseni Rosângela de Sena

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem
2009

Marília Rezende da Silveira

**A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
UM DIÁLOGO NECESSÁRIO**

Belo Horizonte, .04..... demaio..... de 2009.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
visando à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Prof^a Dr^a Roseni Rosângela de Sena – Orientadora

Prof. Cristina Maria Douat Loyola

Prof. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Luciana de Almeida Colvero

Prof. Claudia Maria de Mattos Penna

*Dedico este trabalho a Marcelo e a Fernanda, meus
amores.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Roseni Rosângela de Sena, minha orientadora, por manifestar, em todo o tempo, solidariedade, apoio, amizade, disponibilidade e sábia paciência na construção dessa trajetória;

Aos profissionais e usuários, sujeitos da pesquisa, pela atenção e generosidade nas informações;

À Annette, Paula, Tereza, amigas solidárias, que muito ouviram e contribuíram para que tudo acontecesse;

À minha família querida, em especial à dona Maria, amor incondicional, que permaneceu todo tempo perto e torcendo pela concretização deste estudo;

À família da dona Terezinha, por se fazer presente com carinho e amizade;

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem Aplicada pelo apoio;

As colegas da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, por estimularem a concretização deste estudo;

Aos professores do curso de doutorado, pela rica contribuição nesse caminhar.

Aos colegas do doutorado, em particular, Solange Godoy, amiga solidária e companheira nesse delicado percurso;

Às funcionárias da Secretaria da Pós-graduação da EEUFMG, pela atenção e apoio;

Ao Nupepe, que tanto ensina e incentiva nesse caminhar, pela oportunidade de compartilhar;

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram-se presentes apostando e incentivando essa trajetória.

"O senhor [...] Mire e veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão."

João Guimarães Rosa – Grande Sertão: Veredas.

RESUMO

Este trabalho se propõe a estudar as estratégias de cuidado para os usuários da saúde mental na rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário da Pampulha, no município de Belo Horizonte, MG. Discute a inserção do usuário nessa rede de serviços de saúde e analisa as formas de articulação/integração das ações de saúde mental na atenção básica, a partir dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica, identificando as estratégias para a implantação de ações terapêuticas na atenção básica que potencializem a ressocialização do usuário no seu território. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico do materialismo histórico e dialético, uma vez que seus pressupostos permitem olhar a realidade presente nas relações sócio-históricas e culturais, no atual desenvolvimento e transformação do modelo assistencial psiquiátrico, e compreendê-la nessa perspectiva. Na esfera dessa realidade, a política de saúde mental é resultante de formulações e reformulações, com sucessivas aproximações que revelam contradições e subsequentes mudanças na prática assistencial e nos saberes no trato com a loucura. A prática dos profissionais que assistem os usuários da saúde mental e a sua reinserção social são as duas categorias analíticas que balizaram a realização da pesquisa em todas as suas fases. O cenário utilizado para o estudo foi o Distrito Sanitário da Pampulha, que se posiciona favoravelmente às propostas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Na coleta de dados, foram realizadas 25 entrevistas com os profissionais da rede e dois grupos focais com 18 usuários. Para a construção das categorias empíricas foi utilizada a técnica de análise de discursos, a partir da apreensão dos temas contidos nos discursos dos entrevistados. Nesse percurso, revelaram-se temas que possibilitaram o reconhecimento de três categorias empíricas: a) o modelo assistencial em saúde mental: “um projeto e seus nós”; b) a saúde mental e a atenção básica: “a necessária articulação das equipes na rede de cuidados” em que se evidenciaram duas subcategorias, “a rede de cuidados - impasses e estratégias de superação” e “apoio matricial - responsabilizações e co-participações”; e c) “a reinserção psicossocial”, processo complexo, que implica negociações constantes envolvendo a família e as instituições para a realização de trocas afetivas e materiais capazes de inserir o usuário em seu meio social, levando em conta o sintoma como expressão da tentativa do sujeito de dar significação ao seu sofrimento. Dadas às características, dimensões e complexidades do fenômeno deste estudo, a busca de estratégias nas instâncias governamentais e na sociedade civil e a criação de formas de organização social são prementes para o sucesso da Reforma Psiquiátrica.

Palavras chaves: Serviços de Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This work aims to study caring strategies for mental health patients in the health service of the Health District in Pampulha neighborhood (DISAP), in the city of Belo Horizonte, M.G. It discusses the user's insertion in this health network through the analysis of articulation/integration ways of the Mental Health actions in basic attention, taking the patterns proposed in the Psychiatric Reform as the starting point. It identifies strategies to introduce therapeutic actions in basic attention which can guarantee the patients' reinsertion when back to their environment. It is a qualitative work based on the theoretical-methodological aspect of the dialectic-historic materialism. It considers that its purposes allow one to face the present reality in cultural and social-historical relations in the present development and the changes in the psychiatric assistance pattern to try to understand this reality through this focus. In this context Mental Health policy is the result of formulation and reformulation, each close look revealing contradictions and subsequent changes in assistance practice, as well as knowing how to deal with insanity. Two analytical categories marked the research accomplishment in all its phases: professionals' practice of those who assist mental health patients and this subject's social reinsertion. This study took place at DISAP, which is in favor of the proposals commended in the Psychiatric Reform. There were 25 interviews with professionals at the Health Service and two focal groups with the patients. In order to build the empirical categories the speech analysis technique has been used to gather topics interviewees argued about. Some topics enabled the recognition of three empirical categories: a) the assistance pattern in mental health: "a project and its difficulties"; b) Mental Health and Basic Attention: "the needed team articulation in caring work", aspects which were highlighted in two subcategories: "caring work – impasses and overcoming strategies" and "matrix support – co-responsibilities and co-participation"; and c) "psychosocial reinsertion", a complex process which demands constant deals involving the family and the institutions for material and emotional exchanges that can put the patients back to their environment. In this process the symptom is taken into account as the way patients can transmit to others the meaning of their suffering. Due to the aspects, dimensions and complexities of the topic of this study, looking for strategies in government organizations and in society to create new social organization ways is imperative to guarantee the success of the Psychiatric Reform.

Key words: Mental Health Services; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

TABELA 1 – Sujeitos entrevistados, segundo a categoria profissional/ inserção na rede de cuidados – Belo HORIZONTE, 2009.....	57
QUADRO 1 – Relação das categorias, empíricas e das subcategorias. Belo Horizonte-2008.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AD	Análise do Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CC	Centro de convivência
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CNS	Conferência Nacional da Saúde
CS	Centro de Saúde
DISAP	Distrito Sanitário da Pampulha
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipes de Saúde da Família
ESM	Equipe de Saúde Mental
GF	Grupo Focal
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema SUS Hospitalar/Psiquiatria
PSF	Programa de Saúde da Família
REME	Movimento de Renovação Médica
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RS	Reforma Sanitária

SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 O nascimento da instituição psiquiátrica: algumas considerações.....	19
2.2 A Reforma Psiquiátrica brasileira: uma construção coletiva	33
3 OBJETIVOS	48
4 METODOLOGIA	49
4.1 Abordagem teórico – metodológica	49
4.2 Cenário	52
4.2.1 Caracterizando o lugar da pesquisa	52
4.2.2 O Distrito Sanitário da Pampulha – o campo do estudo	55
4.3 Os sujeitos da pesquisa	56
4.4 O desenvolvimento da pesquisa	59
4.4.1 Aspectos éticos	59
4.4.2 A pesquisa como uma construção coletiva.....	59
4.5 Análise do discurso	67
5 A ANÁLISE	72
5.1 O modelo assistencial em Saúde Mental: um projeto e seus nós	72
5.2 A Saúde Mental e a Atenção Básica à saúde: a necessária articulação das equipes na rede de cuidados	79
5.2.1 A rede de cuidados: impasses e estratégias de superação	81
5.2.2 O apoio matricial: corresponsabilizações e coparticipações	98
5.3 A reinserção psicossocial	105
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICES	134
APÊNDICE A	135
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para as equipes de Saúde da Família	138
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para as equipes de Saúde Mental	139
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para os técnicos que atuam no CERSAM	140
APÊNDICE E - Roteiro para o Grupo Focal	141
ANEXOS	142
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COEP/ BH	143
ANEXO B - APROVAÇÃO DO COEP /UFMG	145

1 INTRODUÇÃO

Este estudo nasce da minha experiência como professora da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Faz parte de minhas atividades a realização de estágios em instituições destinadas ao atendimento de usuários da Saúde Mental ¹ em regime de internação ou permanência-dia.

À época de minha graduação em Enfermagem, conhecia pouco do que se passava no interior das instituições psiquiátricas, mas o suficiente para constatar as situações degradantes desses espaços, que segregavam e excluíaam o doente mental de seu meio social. Essa foi a razão de minha opção pela formação nessa área quando, em 1981, busquei a especialização em Enfermagem Psiquiátrica.

Na ocasião trabalhei em uma comunidade terapêutica, em que convivi com uma oferta terapêutica diferenciada e uma abordagem multidisciplinar centrada nos usuários e na família. No interior dessa instituição, constatei que o acompanhamento terapêutico valorizava o cuidado em liberdade, evitando a internação, sem reproduzir o esquema de violência e poder das instituições psiquiátricas que eram majoritárias na época.

Posteriormente, trilhei outros caminhos, inserindo-me na saúde pública, como sanitarista. Porém, a questão da assistência psiquiátrica nunca deixou de ser objeto de interesse e estudos.

Na década de 1980, envolvi-me com as mudanças ocorridas no setor saúde marcada por debates e mobilizações sociais, com a participação dos profissionais de saúde vinculados à sociedade e a instituições acadêmicas, objetivando a democratização do setor. Essas mudanças adquiriram legitimidade no decorrer dos anos, por meio de mobilizações que questionavam o modelo hegemônico da assistência à saúde centrada na assistência hospitalar.

O marco dessas mudanças foi a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde/1986, que contou com a participação de diversos segmentos sociais e

¹ Esta terminologia passou a ser adotado para designar os beneficiários do sistema SUS, mas assumiu um valor muito particular no âmbito da Saúde Mental, por possibilitar o abandono da expressão “paciente”, entendido como um objeto, passivo, de ações técnicas ou terapêuticas. Agora, a pretensão é de que esses sujeitos existam na condição de *cidadãos*, demandando e usufruindo desses serviços (AMARANTE, 2008).

políticos, representando um importante evento político-sanitário, que contribuiu para fazer emergir um projeto orgânico de reordenamento do setor da saúde, consubstanciado no movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

Dentre as principais propostas da Reforma Sanitária (RS), sobressaem-se: universalidade da atenção, integralidade, equidade, regionalização e controle social, que foram incorporadas ao texto constitucional e regulamentado por leis que criaram o Sistema Único de Saúde (SUS). Por princípio, os paradigmas do modelo assistencial hegemônico, sob a égide hospitalocêntrica, centralizado em nível federal, deveriam ser substituídos por uma prática de atenção integral à saúde da população (BRASIL, 1990).

A participação da população nesse processo foi inovadora e, ainda hoje, desafiante para a formulação das políticas de saúde, no planejamento, na gestão, execução e avaliação das ações de saúde.

Na época, o interesse em participar de atividades ligadas ao movimento da construção da Reforma Sanitária e, posteriormente, da Reforma Psiquiátrica (RP) referendava a minha trajetória na saúde coletiva. As diretrizes preconizadas pela RP, de maneira similar à Reforma Sanitária, apontavam para a implantação de uma rede integrada de serviços, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social.

Paralelamente a essa atividade, já como docente da EEUFMG, integrei-me à equipe do Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, da UFMG. Essa equipe, constituída, em 1997, para apoiar a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), direcionava suas atividades para o aprimoramento das ações básicas de saúde, atuando na formação de recursos humanos, no desenvolvimento de tecnologias na assistência e no ensino, e na promoção da integração entre as instituições de ensino e de serviço.

Essa experiência contribuiu, para vislumbrar nesse espaço as propostas de reorganização da Atenção Básica (AB)², em relevo a Saúde Mental, uma vez que a emergência do Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia nacional

² Atenção Básica é definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção, tratamento de agravos, prevenção e reabilitação da população. A organização da AB com base na lei 8080 tem como fundamentos os princípios do SUS: a visão da saúde como um direito; a integralidade da assistência, a universalidade a equidade, a resolutividade, a intersetorialidade, a humanização do atendimento e a participação social. A AB é orientada pela conferência da Alma Ata e pelos princípios do SUS (BRASIL, 1998).

escolhida para reorganizar a Atenção Básica, apontava caminhos a serem construídos para as desejáveis mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica pautada nos princípios da cidadania e da reabilitação psicossocial.

No âmbito dessa realidade, em que a política de Saúde Mental é fruto de formulações e reformulações, com sucessivas contradições, assiste-se a subsequentes mudanças na prática assistencial.

Para os efeitos deste estudo, constata-se que a implantação da política de Saúde Mental do município, desse cenário, prioriza a Atenção Básica como porta de entrada para os usuários da Saúde Mental, com mudanças no uso e na gestão dos recursos, reforçando as potencialidades dos territórios admitindo que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática de vários atores e instituições. Contudo vivenciam-se no cotidiano das práticas desafios para vincular a Saúde Mental à Atenção Básica, com vistas a construir uma rede de atenção integral.

A convergência desses dois campos – Saúde Coletiva e Saúde Mental – aponta para o desenvolvimento de um processo caracterizado por uma grande diversidade discursiva e prática. É nessa interface que se insere a Reforma Psiquiátrica, considerada um processo social complexo, a partir do qual se desencadearam modificações em diversas dimensões, produzindo um novo olhar e novas abordagens sobre a ‘loucura’.

Nessa modalidade, convive-se com o deslocamento do tradicional tratamento, hospitalar ou ambulatorial, imbuído de poderes especiais pelo imaginário popular, para o território do paciente. Porém, a insuficiência ou a inadequação da utilização de recursos institucionais, humanos e econômicos dificulta ou, até mesmo, inviabiliza a inserção das práticas de Saúde Mental na Atenção Básica.

No cenário, de ensino – aprendizagem, tendo convivido mais de perto com os problemas iminentes ao atendimento a essa clientela, observei características sobre a demanda daqueles que procuram esses serviços. Embora a prioridade de atendimento se pautar nos casos graves e persistentes de sofrimento psíquico³, muitos dos que procuram acolhimento para as suas queixas apresentam transtornos leves compatíveis com o atendimento ofertado pela Atenção Básica.

³ Conjunto de mal-estares mais ou menos agudos, vividos subjetivamente, mas plenamente reconhecidos em sua origem objetiva, socialmente esperados em natureza, intensidade e momento (SAMPAIO, 1998:104).

Vivenciei, também, a dificuldade das equipes inseridas nos serviços substitutivos para o encaminhamento dos usuários inscritos, passada a crise psiquiátrica, para as Equipes de Saúde da Família (ESF) da área de abrangência referida, o que, de certa forma, favorecia a permanência do usuário no serviço, sem que este conseguisse estabelecer um vínculo com o seu território de origem.

Essa dificuldade é decorrente, muitas vezes, da incipiente articulação da Saúde Mental na Atenção Básica, nomeada, para acolher e responsabilizar-se por essa clientela, a qual se revela como oportuna para a assistência e a reabilitação psicossocial do usuário da Saúde Mental.

Acredita-se que a incorporação concreta e sistematizada dessas demandas possa ser resolvida pelas Equipes de Saúde da Família, o que não tem ocorrido de forma programada. Nem sempre esse nível de atenção apresenta condições técnicas para atender as pessoas com problemas de sofrimento psíquico.

O acolhimento desse usuário pelas ESF, muitas vezes, configura-se como um dos pontos de estrangulamento da rede substitutiva formalizada no território, por demandar, em muitos casos, a intervenção de profissionais especializados na área de Saúde Mental.

Acresce-se a esse fato o pouco conhecimento dos profissionais das ESF sobre os usuários da Saúde Mental, as formas de tratamento e os encaminhamentos possíveis, o que acaba afastando e redirecionando-os para os serviços substitutivos⁴ ou para os hospitais psiquiátricos, que continuam a representar, em muitos casos, o lugar social da doença mental, o lugar da loucura.

Apesar de buscarmos a inversão do modelo de exclusão e segregação social, se não prestamos atenção, repetiremos em novos ambientes de trabalho antigas práticas, criando-se um outro tipo de manicômio, sem muros, mas que continua a segregar e a excluir.

Transitar pelo espaço público convivendo com outras possibilidades de vida e de tratamento ainda é uma utopia na atenção à Saúde Mental. Deve-se

⁴ Serviços substitutivos são aqueles que, em virtude da RPB, trabalham em uma perspectiva não mais hospitalar, introduzindo uma outra lógica de trabalho que prioriza a assistência em regime aberto, de forma que o paciente possa estar inserido e transitando no espaço social. Têm como função prestar atendimento a pessoas com severo sofrimento psíquico, em situação de crise, diminuindo e evitando internações psiquiátricas, e articulando-se com a rede de serviços da comunidade favorecendo a reinserção delas neste espaço. Estes serviços foram regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do SUS que reconheceu a complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação, tanto no território onde se encontra quanto, na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde (BRASIL, 2002).

observar, ainda, nesse contexto, que, se a Atenção Básica deixa de ser a porta de entrada para os usuários, tanto os serviços substitutivos como os hospitais psiquiátricos passam a representar, muitas vezes, a única via possível de acesso ao sistema de saúde, um retrocesso em relação ao que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

A inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica é uma condição necessária, porém insuficiente se não for acompanhada da efetiva implantação de uma rede de cuidado contínuo e integral, ao lado de um processo de educação permanente para os profissionais envolvidos com a assistência.

Ressalta-se que os dispositivos referidos são apenas passos em direção à construção de espaços de sociabilidade e inclusão do usuário da Saúde Mental e necessitam, portanto, de uma constante interlocução com outros atores sociais para avançar na transformação do cenário assistencial.

No atual momento, em que se busca a consolidação e efetivação dos serviços substitutivos, em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, considera-se relevante esta investigação, por discutir as estratégias de cuidado aos usuários da Saúde Mental na rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário Pampulha/Belo Horizonte.

A escolha do objeto justifica-se pelo fato de se acreditar ser o mesmo relevante e detentor de uma complexidade instigante e desafiadora. Essa rede apresenta características e especificidades peculiares, pois convive-se com uma rede substitutiva de base comunitária, formalizada pela política do Ministério da Saúde (MS), porém com dificuldades de articulação com a Atenção Básica, configurando-se como um horizonte a ser alcançado no plano nacional.

O MS (2004) preconiza que esses dispositivos devem estar articulados à rede de serviços do SUS e que necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para a oferta de um cuidado com qualidade para essa clientela.

Para Onocko-Campos e Furtado (2006), existe o reconhecimento do próprio MS sobre a necessidade de qualificar a discussão em torno das novas ações em Saúde Mental, que se apresentam com restrito acompanhamento, elaboração e contribuição instrumental por parte do pensamento da saúde coletiva. Para os autores toda a pesquisa na área concentra-se em dois grupos: “*ensaios*

farmacológicos e ensaios diagnósticos e são raros os núcleos ou grupos de pesquisa que vinculem Saúde Mental, contexto social e saúde pública”.

Apoiada nos fatores assinalados, este trabalho se inscreve como um esforço para pensar as conexões necessárias às estratégias de cuidado aos usuários da Saúde Mental no seu território de abrangência, favorecendo a sua reinserção social, tendo como recorte a rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário da Pampulha.

Nesse sentido, algumas inquietações e perguntas nortearam o desenvolvimento do estudo:

- Quais as estratégias de cuidado são desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica aos usuários da Saúde Mental e como essas práticas poderão contribuir para a reabilitação psicossocial dos usuários a partir dos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica?
- Como as ações das Equipes de Saúde da Família se articulam com a rede de serviços substitutivos de Saúde Mental?
- Como construir caminhos para consolidar a “*práxis*” em Saúde Mental na Atenção Básica mais coerentes com os princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica?
- Quais e como são os processos de capacitação dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família capazes de se responsabilizarem pela atenção integral aos usuários da Saúde Mental?

Esses são questionamentos que orientaram a construção do referencial teórico e metodológico deste estudo. Pode-se inferir que a investigação permitirá explorar situações já conhecidas e com muitas acumulações, mas ainda apresentam interfaces inexploradas na prática assistencial, na docência e na pesquisa.

Elucidar as diferentes formas pelas quais se apresenta esse fenômeno é o objeto e a proposta deste estudo. Desvelar a realidade vivida pelos profissionais das áreas da Saúde Mental e da Rede Básica poderá contribuir para a compreensão e implementação da política de saúde de saúde mental e, ainda permitirá, quiçá, criar espaços para reflexões desses trabalhadores e dos gestores sobre esta realidade.

Este estudo acrescenta elementos necessários à compreensão da implementação da política de Saúde Mental na Atenção Básica, discutindo possíveis

enfoques e abordagens do sofrimento psíquico, em que o usuário, a família e o profissional de saúde se apresentam como atores fundamentais para a construção do modelo assistencial.

Este texto está organizado da seguinte forma:

No primeiro momento, promove-se uma revisão teórica sobre o nascimento da instituição psiquiátrica, com foco em suas diversas concepções/conceituações, situando a Reforma Psiquiátrica como uma construção coletiva nesse contexto.

Posteriormente, discorre-se sobre o percurso da pesquisa, iniciando com a opção pela abordagem qualitativa, sustentada na corrente teórico-metodológica da dialética.

A seguir, apresentam-se os procedimentos de coleta e análise dos dados em que se busca captar os núcleos de sentido que compuseram as categorias empíricas.

Finalmente, conclusões são apontadas a partir do conteúdo trabalhado na análise, não a entendendo como conclusiva, mas com direcionalidade para prosseguir construindo uma lógica da atenção ao usuário da Saúde Mental que favoreça a sua reinserção social.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O nascimento da instituição psiquiátrica: algumas considerações

Considerando o movimento dialético da crise da instituição psiquiátrica, ressaltar-se-á neste capítulo seu desenvolvimento histórico, evidenciando as mudanças dos paradigmas da assistência psiquiátrica. Para tanto, foram dimensionados os campos teórico-assistenciais da psiquiatria em dois períodos. O primeiro refere-se ao modelo clássico da psiquiatria como saber e prática, na visão de diferentes autores; o segundo, às propostas de mudanças do modelo da assistência psiquiátrica, com destaque para as experiências internacionais que influenciaram os rumos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Embora não se pretenda resgatar a história da loucura, por não ser o objetivo precípuo deste trabalho, far-se-á, aqui uma breve digressão acerca de sua trajetória, uma vez que os saberes e as práticas acumuladas na área são precursores das propostas reformistas do modelo asilar na cultura ocidental.

A instituição psiquiátrica e as práticas e os saberes sobre a loucura, centradas no asilo, como um espaço de tratamento, “cura” e controle, foram estudadas por autores como Foucault (2005), Castel (1978), Machado (1978), Birman (1992), Amarante (1995), Goffman (1992), Baságli (1985) e Rotelli (1990).

Neste estudo destaca-se Foucault, um dos pensadores mais influentes do movimento da Reforma Psiquiátrica. A densa publicação do autor na área contribuiu, sobremaneira, para reflexões e práticas inovadoras no trato com a loucura. A obra intitulada “História da loucura na idade clássica”, publicada pela primeira vez em 1961, é considerada um ícone do movimento na reestruturação da assistência psiquiátrica.

Foucault (2005) reconstitui a história da loucura na Europa, o nascimento da psiquiatria, com críticas contundentes aos dispositivos médico-psiquiátricos, às instituições asilares e às terapêuticas a eles relacionadas. Afirmava que a loucura representava um mal a ser expurgado do meio social e que foram as práticas e os saberes psiquiátricos que deram sustentação à institucionalização da loucura.

Para o autor, durante a Antiguidade e a Idade Média a loucura era revestida de um poder sobrenatural, chegando a ser entendida entre os antigos como uma forma de ligação entre os homens e os deuses, não podendo, portanto, ser capturada.

O autor argumenta suas idéias declarando que antes de ser dominada, por volta da metade do século XVII, a loucura aparece atrelada a todas as experiências da Renascença. Ele descreve notoriamente um objeto do universo imaginário do homem renascentista, a “*Nau dos loucos*”, que simbolizava o desconforto social com este sujeito (FOUCAULT, 2005).

Esse estranho barco vagava pelos rios europeus até ancorar em um lugar em que deixavam sua carga insana, um lugar que a recolhesse ou remetesse o louco novamente à errância, expurgando de seus muros os que tinham então “*uma existência facilmente errante*” (FOUCAULT, 2005:9).

Essa prática comumente usada na Europa, que frequentemente viam essas naus de loucos atracarem em seus portos significava uma forma de excluí-los do seu meio ambiente e evitava que eles ficassem vagando pelas cidades, garantindo sua partida para longe: “[...] *é para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é num outro mundo que ele chega quando desembarca*” (FOUCAULT, 2005:12).

Oliveira, Fortunato e Farias (2005) comentam que na época do Renascimento a loucura era, para cada indivíduo, uma experiência que se revelava como enunciadora de verdade e que somente com o advento do racionalismo moderno, proposto por Descartes, é que o discurso da razão passou a ser identificado como o discurso da ciência, contrapondo-se ao discurso da loucura.

Para essas autoras, o efeito histórico desse processo foi a perda de qualquer poder de verdade na experiência da loucura, silenciando, de certa forma, o universo da desrazão.

Birmam (1992); Oliveira, Fortunato e Farias (2005); Silva e Fonseca (2003) argumentam que a filosofia de Descartes revela o valor que ele atribuiu à mente, ao raciocínio com lógica.

O método de estudo da natureza a partir da razão advogava que as idéias deveriam ser precisas e agregadas com os conhecimentos objetivos e científicos. Ou seja, o mundo dos objetos, de um lado e, de outro, o mundo dos sujeitos, o intuitivo e reflexivo (DESCARTES, 1987).

Portanto, a razão enunciada se contrapõe à desrazão, estabelecendo uma ruptura com a experiência da loucura, uma incompatibilidade entre a loucura e o pensamento.

O discurso da razão, na época, começa a ser identificado como o discurso da ciência, contrapondo-se ao discurso da loucura, presente no Renascimento e, pela primeira vez na história do Ocidente europeu acontece o enclausuramento da loucura (BIRMAM, 1992).

Na visão de Birman (1992), a medicina, nesse contexto, apresenta-se com um discurso científico sobre a vida e a morte, instituindo a saúde como valor e na busca de articular saber e poder constituiu uma série de práticas disciplinares sobre o corpo e para a gestão do espaço social.

Esse é um tempo histórico que precedeu o que Foucault (2005) denominou de a “Grande Internação”, uma criação institucional, peculiar ao século XVII, na Europa. Nessa época, foram criados estabelecimentos para a colocação dos desempregados, vadios, pobres, correccionários e insanos; enfim, um espaço para os transgressores da ordem préestabelecida.

Na história da loucura, afirma o filósofo, dois marcos representam esta experiência.

Primeiro marco: o decreto de fundação do Hospital Geral de Paris, em 1656, que, à primeira vista, tratava-se apenas de uma reorganização administrativa. Diversos estabelecimentos já existentes são agrupados sob uma administração única, dentre eles Salpêtrière e Bicêtre, todas destinados a abrigarem os “incapazes”. Para Foucault

[...] o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, instituição de assistência, como também de segregação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna (FOUCAULT, 2006:101).

O autor explica, que esta era a função essencial do hospital: recolher, alojar e alimentar os que necessitavam ou que eram encaminhados pela autoridade, em nome da ordem do espaço urbano.

A internação nesses espaços é uma criação institucional própria do século XVII e assumiu, desde o início, uma amplitude sem comparação, uma

contrapartida à anomia urbana. Como medida econômica e precaução social, tinha o valor de invenção, abrigando milhares de pessoas, que ficavam amontoadas nos pavilhões e nos pátios, simbolizando uma forma de repressão à mendicância e à ociosidade, sem uma conotação de medicalização, e sim caritativa (FOUCAULT, 2005).

Ressalta Foucault que a internação representou um momento decisivo para a loucura:

[...] o momento em que esta é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (FOUCAULT, 2005:78).

Na análise foucaultiana, entende-se que esses estabelecimentos não se assemelhavam às instituições médicas, mas sim a uma instância de ordem da monarquia e da burguesia, que se organizava na França na época. Eram estruturas assistenciais, com poder máximo sobre o louco, e não apenas sobre ele, mas também sobre todas as pessoas marcadas pelo signo da desrazão (FOUCAULT, 2005, 45:78).

Amarante (1995) acrescenta que a preocupação com critérios médicos científicos não pertence a tal época sendo que a fronteira com que se trabalha encontra-se referida à ausência, ou não, de razão e não a critérios de ordem patológica.

No final do século XVIII, com as idéias do Iluminismo, momento inaugural da Modernidade, imperava o reconhecimento da razão humana como a fonte de conhecimento e a crença absoluta no racionalismo científico e no poder da técnica.

Não é possível supor, todavia que os iluministas eram utópicos nem sonhadores. Embalados pelo lema da Revolução Francesa, eles buscavam o reordenamento do espaço público, essencial para a consecução das metas da Revolução.

Para Amarante (1995), a legitimidade do discurso da ciência instituí a saúde como um valor e um indicador de felicidade. Gradativamente, a desrazão vai perdendo espaço, e a alienação começa a ocupar o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social.

Aliado a esse contexto, Resende (1987) comenta que, com o advento da Revolução Industrial e a conseqüente instauração de uma nova ordem social, os

“antigos incapazes” que se encontravam nas instituições hospitalares, sobretudo na França, tornam-se socialmente indispensáveis e vão constituir reserva de mão de obra da grande indústria que emergia.

Tais instituições começam a ser reestruturadas, inspiradas no lema “liberdade, igualdade e fraternidade”, com vistas a superar a natureza de violência e exclusão social que elas representavam. Paralelamente, viu-se crescer o movimento de denúncias contra internações arbitrárias nesses estabelecimentos, com uma crítica ao desperdício de mão de obra.

Somente no final do século XVIII é que a medicina procurou saber o que dizia o louco, apesar de ser o que ele dizia o diferencial dos demais e o que originou uma nova disciplina. Dava-se início a um campo de conhecimento pautado por uma concepção da loucura que recebe o nome de “doença mental” (RESENDE, 1987).

Segundo marco: o hospital, como um instrumento terapêutico, inaugura no final do século XVIII a distinção entre o louco e o transgressor da ordem social. O ano de 1793 ficou reconhecido como o ano da mitificada libertação dos acorrentados de “Bicêtre”, representando a exclusão da loucura desses espaços e o nascimento da psiquiatria moderna.

Resende acrescenta que

[...] assim todos os que conviviam com os loucos nesses espaços começam a ser libertados com exceção dos próprios loucos que passam a ocupar um novo espaço de reclusão, isoladamente, isto é, individualizados e abertos para o conhecimento médico. Esse novo espaço, onde passa a habitar a loucura, é o asilo e é nele que se constituirá o saber e a prática, além do próprio objeto da psiquiatria: a doença mental (RESENDE, 1987:87).

Foucault ilustra, criticamente, o que representou a criação do hospital geral, acrescentando que foram nesses espaços que Pinel descobriu os insanos: nas celas, “nas casas de força”.

É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como o seu local natural (FOUCAULT, 2005, 48).

Castel (1978) adverte que foi a partir da nomeação de Pinel, conhecido como o “Pai da Psiquiatria”, em 1793, que uma nova concepção de loucura é

difundida, em que o normal passa a ser aquele comportamento que melhor se adapta a liberdade burguesa e que, de certa forma, está ligado a toda uma reformulação no conjunto de práticas médicas.

Silva e Fonseca (2003) explicam que esse ato e essa data fundaram a psiquiatria como o campo da medicina médica positivista moderna e determinaram o começo da medicalização da loucura.

Nesse hospital, todo esforço foi realizado para a construção e classificação de quadros clínicos das enfermidades. Pinel instituiu o primeiro conceito médico sobre a loucura, ao que nomeou de “alienação mental”. No entanto, ao denunciar as condições desumanas dos asilos da época, libertou os loucos de suas correntes, criando outras mais sutis, porque consentidas.

Adotando métodos da medicina classificatória Pinel, utilizou o mesmo princípio de conhecimento da botânica, propondo que, assim como essa ciência que retira a planta do meio *in natura* e a transporta para um ambiente *in vitro* para estudá-la, os loucos deveriam ser transportados do seu meio para o asilo, lugar ideal para a observação e pesquisa (AMARANTE, 2005:129).

Pinel propôs inscrever a loucura nas categorias médicas e a ela conferir o estatuto de doença mental, diferenciando-a da ociosidade e estabelecendo uma relação específica entre o médico e o doente, em que o primeiro dizia a verdade da doença, pelo saber que tinha sobre ela.

Com o nascimento da psiquiatria, reconhecida como ciência médica, a loucura, estranho e místico fenômeno, passa a ser considerada doença e se insere nos manuais de nosologia das doenças mentais.

A partir desse momento, a loucura fica autorizada a ser tratada, cuidada e apropriada pelo homem e, isolada do espaço social, expulsa para a periferia das cidades, começando a ocupar os antigos espaços a que eram destinados os leprosos e os sífilíticos (BIRMAN, 1992).

O mesmo autor assinala serem estes os lugares em que a tradição ocidental confinava suas experiências sociais, e a loucura passa a ser identificada, simbolicamente, como a figura da morte, representando a decomposição e a fragmentação do corpo em vida.

Castel (1978) explica que os princípios da síntese pineliana aconteceram no espaço institucional, surgindo a possibilidade de classificação das doenças mentais, a relação específica de poder entre médicos e pacientes, e a elaboração

das bases do tratamento moral, que se fundamentava no isolamento, na amabilidade, na firmeza e na atenção às necessidades psicológicas e físicas.

Na mesma época, ações similares com esses pressupostos eram desenvolvidas na Inglaterra, Itália e nos Estados Unidos.

O referido autor acrescenta, ainda, que a tecnologia pineliana consistia em isolar os loucos do mundo exterior, condição necessária para qualquer terapêutica da loucura; na constituição de uma ordem asilar, cuja racionalidade deveria ser reapropriada pelo louco; e na implantação de uma relação de autoridade, em que há uma submissão do doente mental ao poder e saber da instituição (CASTEL, 1978).

Resende (1987) pontua que a assistência psiquiátrica brasileira revelava na época, um descompasso com as transformações que ocorriam nesses países. Estabelecendo um recorte com a trajetória do doente mental no Brasil, o autor afirma que no final do século XVIII, as cidades brasileiras eram escassamente habitadas, com uma economia primitiva, baseada no trabalho escravo, assinalando que:

[...]ao invés, então de manifesta e loquaz, como pintou Foucault a situação da loucura na Europa, da Antiguidade e Idade média, a impressão mais marcante é a de que a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa, por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro. E não se pode dizer, por isso, que não existia (RESENDE, 1987:31).

O autor afirma também

[...] que a emergência da loucura e da pessoa do louco á condição social, justificando as proposições de criação de instituições para controlá-los e eventualmente trata-los, foram semelhantes na Europa do século XVI e no Brasil dos primeiros anos do século XIX (RESENDE, 1987:29).

Ademais, a política de Saúde Mental no Brasil remonta a meados do século XIX, por ocasião da inauguração dos primeiros manicômios. Porém não é intenção deste estudo particularizar essa época.

Dentre os autores estudiosos da história da loucura, Lancetti e Amarante (2006) reafirmam que, nesse percurso, o discurso da “desrazão” é substituído pelo conceito de alienação mental e que o asilo, ao colocar a questão do isolamento em novas bases como a principal medida terapêutica passa a ser justificado cientificamente.

Advogava-se na época que todos os alienados deveriam ser isolados de seus amigos, familiares e vizinhos e transferidos para um lugar em que inexistissem interferências indesejáveis à observação e ao conhecimento científico.

Observa-se que a psiquiatria, ao ser reconhecida como ciência e legitimada pelo Estado, em consonância com os interesses do capitalismo nascente, torna-se a grande disciplinadora do espaço social, com enfoque no tratamento moral e educativo, em que a imposição da ordem torna-se condição para o tratamento da doença mental e o isolamento necessário à sua recuperação e socialização.

A medicina, nesse contexto, transformou-se no grande aliado do Estado para a homogeneização do espaço público, articulando poder e saber sobre o doente e a doença.

O tratamento moral é reconhecido como uma estratégia por meio da qual o poder médico⁵ se apoia em todas as relações institucionais. Seria ingênuo surpreender-se com o fato de que essa relação apresente frequentemente um estilo de luta. Essa violência é de direito.

Diferentemente dos outros excluídos, como os criminosos, as prostitutas e os degenerados, afirmava-se que o louco era passível de tratamento, porque a causa da sua doença era a paixão pervertida. A sua reeducação pelo tratamento moral e pela ordem que regulava o funcionamento asilar pelo exercício da disciplina e pelo uso do trabalho, era a condição necessária para a sua inscrição no espaço social como sujeito da razão e da vontade (BIRMAM, 1992).

O isolamento e o controle da loucura no manicômio foram estudados por Goffman, que discute como esse tipo de segregação atua sobre o indivíduo, sobre sua condição de internado. O autor refere-se a esses lugares nomeando-os de “Instituição total” definindo-as como:

[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1992:11).

Goffman aponta, ainda, o caráter totalizante dessas instituições pela condição de internamento das pessoas que o recebem. Acrescenta que toda

⁵ “O projeto de Pinel não se tratava de fazer uma crítica radical da instituição hospitalar nem de ser cético com os defensores da assistência domiciliar, trata-se de fazer do hospital um instrumento dócil nas mãos do médico esclarecido. O caráter vicioso do hospital não é devido, portanto à segregação que ele opera, mas sim a promiscuidade nele reinante” (Loyola: 2007). Contribuições da prof^a Dr^a Cristina Loyola durante o exame de qualificação da pesquisadora

instituição tem tendências de “fechamento”, porém algumas são mais fechadas do que outras. A essas ele nomeia de “Instituição total”:

[...] seu 'fechamento' ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições a saídas que muitas vezes estão incluídas no esquema físico, por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado nos muros (GOFFMAN, 1992:16).

Nessas instituições, existia uma divisão básica entre o grupo que era controlado, os internos, e uma equipe de supervisores, responsável pelo “zelo” constante dos que lá residiam e, diga-se, com um contato restrito com o mundo exterior (GOFFMAN, 1992).

A comunicação entre esses dois grupos é limitada, pois reina o poder dos que possuem as chaves dos locais e que exercem um sistema de vigilância rigorosa sobre os internos.

[...] a função da vigilância nas instituições totais é fazer com que todos façam o que foi claramente indicado como exigido, sob condições de que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros (GOFFMAN, 1992: 18).

O mundo institucional, com suas leis, normas, privilégios e castigos, deteriora a identificação do sujeito com seus antigos papéis sociais e inaugura a impessoalidade nas relações institucionais.

Para Goffman (1992), o principal problema relacionado à disciplina nessas “Instituições totais” é denominado como a “mortificação do eu”, o que corresponde à contínua mutilação da identidade do indivíduo quando este se depara com a consequente padronização de procedimentos em que os internos perdem sua identidade, suas vestes, seus pertences e ficam sob o subjugo do outro, sem poder de decisão.

Vizeu comenta que

[...] nesse tipo de instituição, o processo de controle comportamental opera nas mesmas bases epistemológicas que deram ensejo ao modelo burocrático de dominação, ou seja, de acordo com a orientação racional instrumental que legitima a previsibilidade e a eficiência como princípios centrais (VIZEU, 2005:1).

Constata-se que, basicamente, o modelo de assistência à doença mental centrado na exclusão social e no hospital psiquiátrico consolidava-se e que até os dias atuais ainda se encontra muito presente na sociedade.

Contudo, em contrapartida ao modelo vigente, em pouco tempo, vão se avultando denúncias e críticas a esses espaços, surgindo, então, propostas de mudanças do modelo capazes de insurgirem contra tal dominação.

Vizeu, referindo-se à ruptura com esse modelo de assistência afirma:

[...] recentemente, uma ruptura com tal tipo organizacional, se expressa pelos movimentos antimanicomial e da antipsiquiatria, que se deram primeiro, sob a forma de denúncia e crítica ao telos contraditório patente no instituto manicomial, e depois a partir de propostas reformistas. Em último plano, tal mudança de paradigma ocorre no sentido de uma humanização da interação entre os diferentes atores do modelo manicomial (VIZEU, 2005:1).

Lancetti e Amarante (2006) sustentam que as propostas mais importantes de mudanças do modelo psiquiátrico ocorreram no final ou logo após o término da Segunda Guerra Mundial, quando a falência do modelo de assistência é reconhecida, pelo agravamento e cronificação da doença mental surgindo outras formas de intervir e de lidar com a loucura.

Nessa época, tornava-se imperiosa a recuperação e manutenção da mão de obra, pois as cidades precisavam ser reconstruídas. Cuidar da recuperação e da reabilitação da população torna-se, mas do que nunca, uma exigência do Estado, contribuindo para emergir outras abordagens institucionalistas, um contraponto às práticas já estruturadas.

Gondim (2001) assinala que esse período provocou uma série de transformações no cenário mundial no tocante à condução política e econômica dos países que afetados pelos danos, debruçavam-se no projeto de reconstrução nacional.

Lancetti e Amarante (2006) e Gondim (2001) apontam que a primeira proposta para reformular as práticas psiquiátricas ocorreu na Inglaterra, a partir da Reforma Sanitária. Com a nacionalização do sistema de saúde, a assistência psiquiátrica incorporou-se a ele, permitindo, dessa forma, um redirecionamento da prática asilar.

Essa primeira reforma, denominada “Comunidade Terapêutica”, envolvia todos os presentes no ambiente hospitalar em um projeto terapêutico comum,

possibilitando, pela primeira vez, a fala dos pacientes e reconhecendo-os como pessoas capazes de participar de seu tratamento.

Para Gondim (2001), dentre outros autores, o movimento das comunidades terapêuticas foi consagrado, em 1959, por Maxwell Jones, que, ao sugerir uma nova relação entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, demonstrou a possibilidade de ofertar um tratamento fora do manicômio, ou seja, no espaço social dos sujeitos.

Lancetti e Amarante (2006) comentam que, para além das Comunidades terapêuticas, outras iniciativas emergiram, como a Psicoterapia Institucional na França, que trazia uma idéia inovadora a de que o espaço institucional tem características doentias, e por isso deve ser tratado.

Kantorski (2001) acrescenta que, num segundo momento, outras reformas aconteceram como a Psiquiatria de setor, na França, e a Psiquiatria preventiva, também conhecida como “Saúde mental comunitária”, nos EUA. Explica que, de certa forma, as propostas reformistas anteriores são superadas, visto que são ampliadas para além do espaço asilar e inserem a psiquiatria no espaço público com o seu novo objeto: a saúde mental.

Guattari faz uma severa crítica à psiquiatria de setor na França, comentando que apesar de ter uma proposta reformista não resolveu absolutamente nenhum problema fundamental da assistência. Para este autor

A política do Setor instaurou-se na França, a partir de 1960: os poderes públicos, apoiados nas correntes progressistas da psiquiatria institucional quiseram fazer com que a psiquiatria saísse dos grandes hospitais repressivos. Pretendia-se aproximar a psiquiatria da cidade. Isso conduziu à criação daquilo que foi chamado de ‘equipamentos extra-hospitalares’: centros de saúde, hospitais-dia, albergues, ateliers protegidos, visitas domiciliares, etc. Essa experiência reformista transformou o aspecto social externo da psiquiatria sem por isso desembocar num verdadeiro empreendimento de desalienação: miniaturizaram-se os equipamentos psiquiátricos, mas fundamentalmente em nada mudaram as relações de segregação e de opressão (GUATTARI, 1986: 95).

Nos EUA, predominaram os projetos de criação de centro de saúde mental comunitário, para o acompanhamento dos usuários pós-alta hospitalar e para o atendimento de novos casos diagnosticados na comunidade. Porém, ainda permaneciam centradas no modelo hospitalar de assistência.

No que se refere às propostas da psiquiatria preventivista norte-americana, Baságli expressa uma crítica contundente. Em seu artigo “Carta de

Nova York – o doente artificial” comenta que a negação da realidade manicomial é apenas aparente uma vez que “[...] os manicômios continuaram a servir como descarga dos doentes transtornados” (BASÁGLIA, 2005: 154).

As reformas citadas preocupavam-se com a redução da permanência nos hospitais, ao lado da superlotação de pacientes nos hospitais psiquiátricos, e foram precursoras do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Tais inovações, todavia, atinham-se à possibilidade de transformar o hospital psiquiátrico em uma instituição de cura e, ainda, eram restritas ao espaço hospitalar, que se apresentava hegemônico para o tratamento das crises e das urgências afastando os sujeitos de suas famílias, de seus territórios (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Compreende-se que essas inovações contribuíram, mas não foram suficientemente fortes para a desconstrução do aparato manicomial, ou seja, o de transformar a interdição em possibilidade de tratamento.

É de se reconhecer que foram realizadas na época, mudanças substanciais que se fizeram presentes na caminhada pela reestruturação da assistência psiquiátrica.

Goulart (2007) afirma que a ruptura mais significativa com a instituição psiquiátrica no cenário internacional aconteceu na Itália, no início dos anos de 1960, marco histórico do processo de Reforma Psiquiátrica italiano, ocasião em que Franco Baságli assume a direção do hospital de Gorizia iniciando mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica e, posteriormente, em Trieste, em 1970 quando iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico.

Em Trieste, Franco Baságli promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas.

A Psiquiatria Democrática Italiana, liderada por Baságli, colocava em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados, representando uma reviravolta nas instituições psiquiátricas.

Para Goulart

[...] a lei 180, promulgada em 1978 pelo parlamento italiano, é expressão exemplar de um processo de institucionalização de novos valores que envolveram a sociedade italiana de forma ampla e conseqüente conferindo, legitimidade às iniciativas de constituição de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (GOULART, 2007).

Essa lei, reconhecida como “Lei Basaglia”, tornou-se um símbolo e um instrumento da luta antimanicomial, tendo influenciado fortemente a constituição de normativas no Brasil, como a Lei Federal n. 10 216, de 2001.

Amarante (1995:58) acrescenta que esse processo influenciou a criação de políticas e a implementação de ações em muitas outras cidades e países durante os anos de 1960, contribuindo para o florescer de novas práticas comprometidas com a invenção de fazeres no campo da atenção psicossocial⁶ e da Saúde Mental.

Lancetti e Amarante (2006) mencionam Trieste como o palco da experiência mais original e radical de transformação do modelo assistencial psiquiátrico que apresentava uma perspectiva de ação prático-teórica voltada para a invenção de novos dispositivos assistenciais e terapêuticos no âmbito da cidade, envolvendo estratégias terapêuticas, culturais, sociais e políticas.

É neste cenário que os profissionais da área de Saúde Mental são convocados a assumir um novo papel em relação aos sujeitos com sofrimento psíquico.

Um recorte na história brasileira sobre a assistência psiquiátrica, assinala que até a década de 1930, o cuidado ao portador de sofrimento psíquico continuava restrito ao espaço dos asilos em que prevalecia a hegemonia do saber médico sobre a loucura, ao lado, da multiplicação de instituições asilares, do despreparo profissional em lidar com a loucura e a superlotação dos hospitais, fatores esses que contribuíram para a cronificação dos usuários da Saúde Mental (GOULART, 1992).

Nesse cenário os grandes hospícios públicos têm o crescimento mais significativo na década de cinquenta e, eram destinados, principalmente, para o atendimento à população indigente e cronificada, abrigando um número cada vez maior de pacientes. Porém, com força muito maior proliferaram os hospícios privados, financiados pelos recursos previdenciários (GOULART, 1992).

⁶ Para Saraceno (1999) o campo psicossocial consiste na incorporação da dimensão social à dimensão biológica e psicológica do processo saúde e doença.

A partir da década de 1960 surgem os primeiros serviços psiquiátricos brasileiros, ligados às estruturas previdenciárias, que se tornariam o grande filão de financiamento das ações de Saúde Mental para o setor privado.

Outros marcos vão se acumulando. Na década de 1970 constata-se um elevado índice de cronificação e de reinternações, aliado ao aumento das concessões de auxílio – doença por motivo de distúrbio mental, que se fizeram presentes sob a égide privatista.

Somada à precariedade da rede ambulatorial, ainda incipiente, esse fato representou a captação de pacientes para hospitalização no setor privado (GOULART, 1992).

Amarante (1995) explica que a assistência psiquiátrica brasileira na década de 1970 assinalava a falência de um modelo privatizante instalado no setor saúde e que os serviços hospitalares psiquiátricos foram muito criticados. Nesse contexto, a rede ambulatorial ganha fôlego e começa a se conformar como um espaço concreto para outras estratégias de enfrentamento da loucura.

Por princípio, a rede ambulatorial deveria ser um contraponto à lógica segregatória e iatrogênica dos hospícios, que se tornaram financeiramente insustentáveis pelo Estado. Porém, a prática ambulatorial foi discriminatória, estruturando-se como especialidade e destinando seu atendimento aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal (GOULART, 1992).

A ampliação da rede ambulatorial coincide com o agravamento da crise financeira da previdência que impõe a necessidade de uma redefinição da política de compra de serviços do setor privado.

Kantorski assinala que:

[...] o modelo clínico psiquiátrico na realidade brasileira expandiu-se e contou com importante impulso durante o processo de industrialização nos anos 70, quando ocorreu uma grande expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Chama-se a atenção para o fato de que enquanto o mundo voltava-se para a desospitalização, o Brasil, sob o cenário do golpe militar, investia na extensão dos cuidados psiquiátricos através do aumento de leitos e da multiplicação da rede privada contratada (KANTORSKI, 2001).

Essa rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário, que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos “[...] seus resultados mais palpáveis foram:

superlotação dos hospitais psiquiátricos, iatrogenia, cronificação, altos índices de mortalidade e segregação dos usuários” (GOULART, 1992).

As propostas de reformulação do sistema de saúde no Brasil na década de 1970, apontavam para a importância de investimento na Atenção Primária⁷, que, sob a influência do ideário da Conferência de Alma-Ata, em 1978, postulava ser este nível de atenção o ponto de partida para a reorganização da assistência à saúde.

Seguindo esse princípio, a assistência psiquiátrica foi inserida na estratégia de Atenção Primária, mediante a implementação de equipes mínimas de Saúde Mental em algumas Unidades Básicas de Saúde e, de maneira especial, nos grandes centros urbanos, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em Saúde Mental (GOULART, 1992).

Iniciam-se no Brasil experiências de transformação da assistência pautadas, no começo, na reforma intramuros das instituições psiquiátricas através das comunidades terapêuticas, e mais tarde, na proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital psiquiátrico.

Sinaliza-se, na recapitulação da história da assistência psiquiátrica, que sua evolução foi muito lenta, seus métodos terapêuticos questionáveis e seus resultados pouco animadores.

Constata-se, ainda, que desde a reforma pineliana até as propostas reformistas da assistência psiquiátrica, no período pós Segunda Guerra, os questionamentos incidiram sobre a instituição asilar e ou o saber psiquiátrico, resguardando as épocas em que se apresentaram.

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: uma construção coletiva

A realidade da assistência psiquiátrica hospitalar brasileira em meados da década de 1970 refletia um momento de intensa repressão às formas de associação e participação típicas do regime da ditadura militar. O ano de 1979 foi de luta por anistia

⁷ “Atenção primária à saúde é reconhecida como tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis, devendo ser o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde direcionada à prevenção, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe” (STARFIELD, 2002).

e revitalização da sociedade civil brasileira, com o ressurgimento dos movimentos de protesto e a multiplicação dos movimentos sociais e a reorganização da sociedade política, fatores que dariam forma, posteriormente, ao novo projeto político-partidário (GOULART, 2006).

O início da Reforma Psiquiátrica Brasileira coincide com a redemocratização do País, quando uma série de denúncias, por meio da mídia, sobre a assistência prestada aos doentes mentais nos manicômios apontava para a superlotação, o número insuficiente de profissionais e as más condições de vida dentro dessas instituições psiquiátricas. Essas denúncias provocaram discussões profícuas sobre a necessidade de humanização da assistência psiquiátrica.

Amarante (1995) mostra que houve a partir da década de 1980 uma mudança radical, se considerada a forma como eram representados e percebidos os loucos, como esses eram tratados do ponto de vista dos direitos e da assistência nas instituições psiquiátricas brasileiras, que começou a transformar as práticas assistenciais para lidar com o usuário dos serviços da Saúde Mental.

Essas mudanças, no bojo do processo de democratização, acumularam legitimidade nos anos subsequentes, por meio da realização de eventos que questionavam o modelo hegemônico da assistência à Saúde Mental, até então centrado na assistência médica hospitalar.

Entre esses eventos, o marco da democratização no setor saúde foi a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde/1986, que contou com a participação de diversos segmentos sociais e políticos, representando um importante evento político-sanitário e contribuiu para fazer emergir um projeto orgânico de reordenamento do setor saúde, consubstanciado no Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1986).

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no art. 198 da *Constituição Federal de 1988*. O princípio da universalidade da atenção, o da integralidade e o da equidade são reconhecidos como princípios ideológicos ou doutrinários; o princípio da *descentralização, o da regionalização e o da hierarquização, de princípios organizacionais*. O *controle social*, como também é chamado esse princípio, foi regulado pela Lei 8.142, segundo a qual os usuários participam da gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos, por meio

dos *Conselhos de Saúde*, que são órgãos colegiados presentes em todos os níveis da federação (BRASIL, 1990).

Por princípio, os paradigmas do modelo assistencial hegemônico, sob a égide hospitalocêntrica, centralizado em nível federal, deveriam ser substituídos por uma prática de atenção integral à saúde da população (BRASIL, 1990).

Definidos há 21 anos, esses princípios promoveram grandes avanços na conformação de sistema de saúde pátrio, apesar da incompletude na consecução de seus preceitos fundamentais, principalmente no que tange a ser democrático, equitativo e universal.

Nessa perspectiva, situa-se a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que, de maneira similar à Reforma Sanitária, apontava para a implantação de uma rede integrada de serviços, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social.

Pode-se dizer que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao movimento sanitário, nos anos de 1970. Entretanto, é a Reforma Sanitária que dá sustentação política à Reforma Psiquiátrica, até que ela se firme como um movimento social independente.

A RPB caminhou, até os dias de hoje, em direção à construção de uma rede única de atendimento à população, regionalizada e hierarquizada, segundo o nível de complexidade. De forma concreta, desvelou a necessidade de uma oferta de cuidados diferenciados aos “loucos”, com mudanças nos saberes e práticas psiquiátricas.

O paradigma da psiquiatria até então vigente era percebido como um conjunto de normas e ações voltadas para solucionar o problema da doença mental, segundo uma visão positivista e medicalizante, em que se buscava uma explicação de causa e efeito para a doença, tendo como horizonte a cura.

Um contraponto colocado por Rotelli (1990) evidencia que a doença mental é bastante desconhecida e freqüentemente incurável, apesar dos esforços para dar-lhe uma explicação e definição racional.

Amarante (1995), ao discutir a Reforma Psiquiátrica, propõe uma periodização delimitando-o em três momentos: no primeiro, início da reforma, é feita uma crítica ao modelo privatizante da assistência, coincidindo com o fim do “milagre econômico”, a abertura democrática e o crescimento da insatisfação popular com os

movimentos sociais de oposição à Ditadura Militar, configurando-se, um cenário profícuo para as primeiras e importantes transformações ocorridas no setor saúde.

Nesse primeiro momento, aparecem espaços de organização e produção do pensamento crítico em saúde, como a Constituição de 1976, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e o Movimento de Renovação Médica (REME), que, de formas singulares, constituíram a base política da RSB E RPB.

No ano de 1978, entre os movimentos emergentes, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se destaca por ser “o precursor e o principal protagonista do processo de transformação das práticas e saberes em Saúde Mental e assistência psiquiátrica no Brasil” (AMARANTE, 2005:125).

É principalmente a partir do MTSM que surgem as primeiras denúncias de violências nos manicômios, de falta de recursos, de negligências, de psiquiatrização do social, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência, com críticas contundentes ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Esse período coincide com a crescente mobilização de projetos de transformações do modelo asilar psiquiátrico (BRASIL, 2005).

O MTSM, nomeado como um movimento plural era formado por trabalhadores integrantes do Movimento Sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005).

A sociedade, nesse cenário, reencontrava as vias democráticas de expressão e reivindicação, sendo que as idéias de Foucault, Goffman, Basaglia e outros autores não menos importantes influenciaram, sobremaneira, as transformações ocorridas na assistência psiquiátrica, revelando possibilidades de ruptura com os antigos paradigmas.

Amarante (1995) refere-se ao segundo momento da Reforma Psiquiátrica como o da trajetória sanitarista, iniciado nos primeiros anos da década de 1980, e o denomina de “momento institucionalizante do processo”, caracterizado pela incorporação de profissionais antes concentrados nas universidades no aparelho de Estado, como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde.

O referido autor assinala ainda que a crítica ao primeiro momento, as incursões sobre a determinação social da doença, produziram espaços para a

crença de que a ocupação do aparelho estatal garantiria a mudança paradigmática necessária no setor saúde (AMARANTE, 1995).

Paim (1986) acrescenta que nesse período representantes do Movimento Sanitário se fizeram presentes e que muitos deles se encontravam inseridos no aparelho de Estado, ocupando postos estratégicos nas instituições de saúde, o que, de certa forma, facilitou a condução e a implementação das propostas de reorganização do setor saúde, com vistas a reformular o Sistema Nacional de Saúde.

O período da Nova República representou o auge dessa tática de ocupação dos espaços públicos, em que o Movimento Sanitário confunde-se com o próprio Estado e é neste contexto que é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A partir da 8ª CNS, a RPB organiza-se como um movimento social independente e com um viés desinstitucionalizante, o que Amarante (1995) denomina de terceiro momento, ou seja, o da desinstitucionalização⁸ ou desconstrução/invenção do processo. No verso da medalha, as condições para que a desinstitucionalização se viabilize envolve, necessariamente, a aceitação da loucura pela sociedade, com a garantia de direitos fundamentais, como liberdade para ir e vir, dentre outros.

Para Goulart, desinstitucionalização remete

[...] tanto à perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, professadas em formatos radicais, como o foram os adeptos da antipsiquiatria; como pode significar, ainda, processos de racionalização de recursos financeiros e administrativos conduzidos por gestores (GOULART, 2006:2).

A autora acrescenta ainda que, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, interessa particularmente a conotação desenvolvida na Itália dos anos 1960 e 1970 quando

⁸ Desinstitucionalização consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença/ resposta invalidante à doença. Significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida e com possibilidades de sociabilidade e de subjetividade (SARACENO, 1999: 23). Desinstitucionalização é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 1995).

[...] a desinstitucionalização significou a *desconstrução* de modelos e valores racionalístico-cartesianos; a construção da psiquiatria democrática; e a transformação das relações de poder nas esferas privadas e públicas, efetivada por iniciativa de psiquiatras (GOULART, 2004).

Considerando este cenário, marcado por forte influência do movimento sindical e operário, e, em outro patamar com relação às políticas do “Welfare State”, pode-se afirmar que a influência do movimento italiano na RPB significou uma ruptura significativa com os fazeres e saberes brasileiros.

Para além das propostas de desconstrução dos saberes e dos dispositivos institucionais do “manicômio”, esses momentos da RPB descritos por Amarante (1995) assumiram a dimensão da democratização e humanização da assistência, cumprindo um importante papel no campo da política de Saúde Mental.

Birmam (1992), Lancetti e Amarante (2006), Saraceno (1999) comentam que o terceiro momento da reforma representou a superação do conceito secular de doença mental como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata.

Desviat (2002) salienta que no Brasil a reforma das instituições psiquiátricas, para além do fechamento dos manicômios, configurou-se como um amplo movimento social em defesa dos direitos humanos dos excluídos da razão e da cidadania.

É ainda Desviat quem afirma “trata-se da mobilização de uma ampla e atuante coletividade militante do público, os ‘loucos pela vida’ que procuram criar novos espaços de vida, modificá-la, e não apenas a assistência psiquiátrica” (DESVIAT, 2002:151).

No final da década de 1980 a luta pelo fim da instituição psiquiátrica começa a fazer parte da agenda dos movimentos populares organizados, que questionam as modalidades de atenção, além de pautar o resgate da cidadania, secularmente negada ao doente mental.

Políticas nacionais, como a criação de legislações específicas, são delineadas, estabelecendo uma rede assistencial substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos, comprometendo-se com um novo modelo assistencial. Amarante (2005) afirma que em setembro de 1989 foi apresentado o Projeto de lei 3657/89, pelo deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, assim como a regulamentação das internações compulsórias.

Esse é o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

É importante ressaltar que pela primeira vez foi enunciada no campo legislativo a necessidade de transformação da regulamentação da assistência psiquiátrica. A apresentação desse Projeto de lei potencializou o debate em todo o País e estimulou a criação de leis de orientação semelhante em vários estados e municípios (AMARANTE, 2005).

Contudo, ressalta-se que durante os quase doze anos de tramitação e com cortes no projeto original, somente em 6 de abril de 2001, é aprovada a Lei 10216, da Reforma Psiquiátrica, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. Sem dúvida foi um avanço significativo e uma vitória da luta do movimento antimanicomial⁹.

Dalmolin (2006) lembra que essa legislação é recente no Brasil e que não se modifica um modo de pensar nem um comportamento na mesma velocidade em que se aprovam leis, portarias ou decretos.

Nesse sentido, a realização de eventos no final da década de 1980 contribuiu para o fortalecimento da luta antimanicomial. Um marco dessa luta foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental/1987, como desdobramento da 8ª CNS.

Várias recomendações são pontuadas nessa Conferência, entre elas a necessidade de uma nova legislação e o redirecionamento das práticas em Saúde Mental, combatendo a “psiquiatrização” do social. Aponta, ainda, a necessidade de envolver a sociedade nesse processo e, principalmente, a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares (BRASIL, 1987).

Em 1987, aponta-se o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo. Em 1989, registra-se o início de um processo de intervenção, pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local reconhecido pelos maus-tratos e mortes de pacientes (BRASIL, 2005).

⁹ O movimento antimanicomial, também conhecido como Luta antimanicomial, refere-se a um processo mais ou menos organizado de transformação da assistência psiquiátrica e é derivado de uma série de eventos políticos nacionais e internacionais iniciados na década de setenta. O primeiro Fórum Internacional nasceu a partir dos Congressos Internacionais de Saúde Mental e Direitos Humanos, organizado pela Universidade Popular Madre da Praça de Maio da Argentina em 1986. Esses congressos foram muito importantes para refletirmos sobre as relações entre saúde mental e direitos humanos (Amarante: 2008)

É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exeqüível (BRASIL, 2005:7).

A partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental, a questão de uma nova legislação passou a compor a agenda do movimento da RP, assim como discussões mais profundas sobre a necessidade de mudanças na assistência psiquiátrica. Esse momento oportuno, de conjuntura política favorável, descortinava um cenário com possibilidades de mudanças. É nesse clima que acontece o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru (SP), no final de 1987 (AMARANTE, 2008).

Para esse autor, este congresso significou duas rupturas importantes na trajetória da reforma. A primeira tem a ver com a composição mais plural nas discussões envolvendo outros atores sociais, como usuários e familiares entre outros ativistas dos movimentos sociais. A segunda é representada pela proposição de uma transformação de caráter mais social, para além da assistência psiquiátrica, voltada para a introdução de mudanças na sociedade, e não apenas uma transformação do modelo técnico-assistencial psiquiátrico. Assim, pode-se extrair o sentido do lema “por uma sociedade sem manicômios”¹⁰, que refletia a tendência para comprometer a sociedade no processo de desinstitucionalização. Este lema foi inspirador do movimento nacional da Luta Antimanicomial e está presente até os dias de hoje

[...] foi introduzido no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Brasil, o lema por uma sociedade sem manicômios, além de instituir o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado desde então, na data de 18 de maio (AMARANTE, 2008:742).

Contudo, observa-se que essas indicações de mudanças na assistência psiquiátrica ainda constituem questões a serem pontuadas pela agenda da RP.

¹⁰ O lema “por uma sociedade sem manicômios” foi um movimento criado no âmbito da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Bruxelas, 1974, liderado por Baságliá, Castel, Gattari, dentre outros, e chegando ao nosso meio a partir do III Encontro Latino-Americano da Rede/Buenos Aires, no final de 1986 (AMARANTE, 2008:742).

Ao lado desses eventos, a Declaração de Caracas, em 1990, formulada na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina e organizada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS), configurou-se como uma referência fundamental no processo de reorientação e transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, visto que definiu diretrizes e estabeleceu parcerias para a sustentação de um novo modelo (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1997).

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005:8).

Nessa Conferência, a reestruturação da atenção psiquiátrica sinalizava a vinculação necessária da Saúde Mental à atenção primária à saúde, como também o desenvolvimento de modelos alternativos centrados na comunidade e em suas redes sociais.

Preconizava, ainda, a necessária preservação da dignidade pessoal e dos direitos humanos e civis dos pacientes, por meio de recursos, cuidados e tratamentos racionais e tecnicamente adequados, além da permanência do enfermo em seu meio comunitário, e da capacitação de recursos humanos, de acordo com um modelo cujo eixo fosse o serviço de saúde comunitária (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1997).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em Brasília, entre 1 a 4 de dezembro de 1992, inaugurou uma nova etapa no movimento da luta antimanicomial consolidando a tendência que então se iniciava na linha da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica.

Esse evento tornou-se um marco decisivo para os rumos da assistência psiquiátrica no País e foi resultado de um processo de ampla mobilização social, que contou, incluindo as etapas estaduais e municipais, com a participação estimada de aproximadamente 20 mil pessoas, quando os princípios e diretrizes da reforma foram reafirmados e renovados (BRASIL, 1994).

Os grandes temas versaram e deliberaram sobre: criação de uma rede substitutiva de atenção em SM, alteração e cumprimento de leis e direito à atenção à

saúde, com destaque para a reinserção social, numa luta pela transformação da condição de cidadania dos doentes mentais. Os processos já em curso, ao lado das novas iniciativas de mudanças na assistência psiquiátrica, foram legitimados.

Apesar de a reforma já estar delineada como um movimento que reivindicava mudanças na política de Saúde Mental é na II Conferência que esse processo adquire contornos mais definidos no campo sóciopolítico.

A participação expressiva dos diferentes segmentos sociais e constituídas como base organizada e integrada é assim descrita por Desviat;

[...] o total de participantes – profissionais, políticos, associações de usuários e familiares de pacientes e de movimentos sociais da área de saúde mental vindos de todos os cantos deste imenso País – havia ultrapassado a 1.500 pessoas. Muitas delas partiram sem mais delongas, já que os motoristas dos ônibus estavam fartos da longa espera e temiam viagens de volta que poderiam durar até 35 horas. Mas aqueles momentos de júbilo puseram fim a alguns dias de encontro e inauguraram um caminho esperançoso, de participação democrática no futuro da atenção psiquiátrica brasileira e talvez da América Latina (DESVIAT, 2002:143).

É inquestionável que este contexto contribuiu para transformações importantes na construção efetiva da Reforma Psiquiátrica.

Dentre as evidências do processo de mudança do modelo assistencial cita-se a elaboração da Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental no Brasil, aprovada como um pacto entre as entidades civis, movimentos sociais e associações que pautavam o resgate dos direitos civis, sociais, assistenciais e políticos dos usuários e familiares (VIANNA, 2002).

Em dezembro de 2001, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, denominada “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, configurando-se como um momento oportuno e fundamental para a avaliação da Reforma Psiquiátrica em curso no País.

Após nove anos da realização da II Conferência, os atores envolvidos com a RP reúnem-se durante a III conferência para analisar os avanços e retrocessos, traçar estratégias de ação e, principalmente, consolidar este processo como a política nacional de atenção à Saúde Mental.

Entre os instrumentos de gestão, surge em 2002, por normatização do Ministério da Saúde, o primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos, denominado, “Programa Nacional de Avaliação do Sistema

Hospitalar/Psiquiatria” (PNASH/Psiquiatria), permitindo as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada (BRASIL, 2005).

Para os gestores esse instrumento representou um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que indicava aos prestadores de serviços critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, descredenciando aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população.

Esse processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria. Em muitos estados e municípios, o PNASH/Psiquiatria exerceu a função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, diante da situação de fechamento de leitos psiquiátricos e da conseqüente expansão da rede extra-hospitalar. Em permanente aprimoramento, o PNASH/Psiquiatria ainda exerce um impacto importante no avanço da Reforma Psiquiátrica em municípios e estados com grande tradição hospitalar (BRASIL, 2005:14).

Tais conquistas contribuíram para consolidar a RPB e significaram a solidificação e uma nova etapa para a atenção em Saúde Mental, impactando de forma favorável o cotidiano dos usuários, das famílias e dos profissionais de saúde. No entanto, é preciso reiterar que a atenção em Saúde Mental deve ser entendida como uma política pública, um dever do Estado e um direito do cidadão, visto que o sofrimento psíquico afeta a sociedade em sua totalidade.

Para a OMS/OPAS (2001), no relatório elaborado “Saúde no mundo”, o ano de 2001 foi indicado como o ano de luta por Saúde Mental e pelos doentes mentais.

Nesse relatório é destacado que não há grupos imunes ao adoecimento, embora o risco seja maior entre pobres, sem-teto, desempregados, pessoas com baixa escolaridade, vítimas de violência, imigrantes, refugiados, populações indígenas, mulheres e crianças maltratadas e idosas abandonados.

O relatório “Saúde no Mundo” considera que a doença mental não é um sinal de malogro pessoal reconhecendo que

[...] a doença mental vem sendo negligenciada e discriminada pelas ações governamentais, se comparadas com outras doenças. Todo paciente tem o

direito de ser tratado e atendido na sua própria comunidade ou em ambiente que ofereça um tratamento menos restritivo (OMS/OPAS 2001:13).

O relatório cita ainda, que os transtornos mentais não são domínios exclusivos deste ou daquele grupo especial de pessoas; eles são verdadeiramente universais, sendo que 12% da população mundial é acometida pelos transtornos mentais. Menos de 1% dos gastos totais em saúde, na maioria dos países, é destinado ao tratamento dessa clientela.

O documento enfatiza que durante algum período da vida, 25% do total da população apresenta algum transtorno mental que representa quatro das dez principais causas de incapacitação laboral no mundo (OMS/OPAS, 2001).

Dentre os distúrbios comuns e que geralmente causam incapacitação grave, incluem-se: transtorno afetivo bipolar, psicoses, epilepsia, dependência de álcool e de substâncias psicoativas, doença de Alzheimer e outras demências, doença de Parkinson, esclerose múltipla, distúrbio da dependência pós-traumática de drogas, transtornos obsessivo-compulsivos, transtornos de pânico, distúrbios do sono e transtornos da infância e da adolescência (OMS/OPAS, 2001).

O relatório sugere que existe uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e Saúde Mental, em que pobres e desfavorecidos apresentam maior prevalência de transtornos mentais e comportamentais, acrescidos do uso de substâncias psicoativas.

Esse documento estabelece como metas para a assistência psiquiátrica: atendimento na Atenção Básica como a porta de entrada do sistema; acesso aos psicotrópicos e atenção voltada para o ambiente residencial com envolvimento ativo da comunidade de origem (OMS/OPAS, 2001).

Percebe-se que a ampla e contundente discussão presente neste relatório abre possibilidades e dá subsídios para a consolidação da RPB. Somente a partir do momento em que se têm mais dados sobre o fenômeno saúde/doença mental é que se pode trabalhar para a consolidação da reforma e suas diretrizes.

Com base nessas premissas e tendo como horizontes a cidadania e a inclusão social dos usuários, a Reforma Psiquiátrica propõe-se a concretizar formas de atenção substitutivas ao modelo hospitalar, com a criação de uma rede integrada de base comunitária e a oferta complexa de atenção médico-social, enfatizando a participação da família, a descentralização dos serviços, a reabilitação psicossocial no contexto social e a luta por seus direitos civis. Estabelece ainda, como prioridade

a necessidade de implantar uma política de desinstitucionalização, com a redução progressiva dos leitos hospitalares e a sua substituição por dispositivos mais humanos e eficientes.

Dessa forma, procura-se revogar a hegemonia do modelo asilar, revertendo antigas práticas e apontando referências de atendimento ao paciente, por meio da intervenção de diferentes profissionais com formação e prática orientadas para a comunidade.

O paradigma da “cura” da doença mental é redirecionado para a reinvenção da saúde e a inserção social do usuário da Saúde Mental, tendo como objeto de intervenção a existência-sofrimento dos pacientes e suas formas de expressão em cada contexto social.

A implementação da RPB é desafiante para todos os atores envolvidos no desmonte do manicômio e na criação de serviços. Deve ancorar-se nos três pilares da reabilitação psicossocial definidos por Saraceno (1999) como o habitat, a rede social e o trabalho com valor social. Para o autor, a habilidade ou desabilidade do indivíduo efetuar trocas nesses três pilares é a medida de exercício de cidadania.

A viabilização da reabilitação psicossocial passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para desconstruir o lugar do estigma, da periculosidade e da segregação da loucura e de consolidar os direitos dos usuários da SM.

Os dois eixos fundamentais para a consolidação dos avanços obtidos – a desinstitucionalização e a expansão da rede de atenção psicossocial – enfrentam obstáculos, principalmente no que se refere à construção de uma rede integrada de serviços para responder às diversas demandas de Saúde Mental.

Pode-se dizer, de um lado, que a desinstitucionalização pretendida pelo Movimento de Luta Antimanicomial brasileira tem a intenção de desconstrução do modelo asilar, o que requer a viabilização de um diálogo entre usuário, instituições e comunidade. É nesse contexto que se torna possível desconstruir a cultura manicomial, ainda muito presente no imaginário social.

Por outro lado, a atenção ao portador de sofrimento psíquico não tem sido colocada como prioridade na agenda dos governantes. As atitudes para com o desejável na prática variam. Ainda, percebem-se muitas dificuldades na definição de responsabilidades, papéis e limites de cada uma das instituições responsáveis pelo cuidado a essa clientela.

Para viabilizar a RP, diferentes estratégias surgem no âmbito nacional e muitas ainda se encontram em construção. Em linhas gerais, citam-se os CAPS, reconhecidos e legitimados como locais de referência e de tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, cuja gravidade justifica a permanência junto a um dispositivo de cuidado intensivo e humanizados (BRASÍL, 2002).

Os CAPS têm o papel de coordenar a rede de atenção em SM e apoiar a gestão, desenvolvendo atividades básicas, tais como: atendimento psicoterápico, tratamento medicamentoso, atendimento à família, atividades comunitárias, suporte social, desenvolvimento de oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial. Apresentam-se como serviços abertos, em que o usuário não perde o vínculo com a sua família e o seu território (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde (2004) preconiza que esses dispositivos devem estar articulados à rede de serviços do SUS e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins.

Citam-se ainda os Centros de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil, também voltados para urgências e crises, os Centros de Convivência, as Residências terapêuticas e o Programa “De volta para casa”.

Esse programa conta com a proposta de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei 10.708, de 31 de julho de 2003 e tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, na forma de um benefício mensal (BRASIL, 2003).

Merecem destaque também as residências terapêuticas, que surgem neste contexto como componentes decisivos da política de Saúde Mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, esses espaços foram criados para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, ou não com o objetivo de auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade (BRASIL, 2000).

Outros dispositivos criados: as equipes de Saúde Mental, vinculadas às unidades básicas de saúde; os hospitais-dia, que oferecem seus serviços ao longo do dia, mas que deixem ao usuário a possibilidade de retornar à sua residência; as estruturas de atenção e tratamento para toxicod dependência; e as cooperativas de

trabalho, com um potencial expressivo para viabilizar a reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2002).

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental do MS, o cenário hoje é outro: existem cerca de 38mil leitos psiquiátricos no País, 1326 CAPS e, aproximadamente, 500 Serviços Residenciais Terapêuticos, substitutivos ao modelo manicomial de atendimento.¹¹

Em Minas Gerais, a Coordenação Estadual de SM, pautada pelos princípios do SUS, pela legislação em SM e pelas diretrizes da RPB, apresenta em seu Relatório de Gestão 2003 – 2006 a presença na rede de serviços de saúde de um total de 110 CAPS, 21 hospitais psiquiátricos públicos e privados, com a oferta de 3052 leitos.

A construção da política de Saúde Mental é um desafio presente. Porém, reconhecem-se os avanços significativos nesse processo, que, em sintonia com o projeto de democratização da sociedade brasileira, afirma que o caminho percorrido pela Reforma Psiquiátrica é irreversível.

Assinala-se que embora haja modificações e técnicas humanizadoras na assistência, a lógica manicomial de exclusão e segregação ainda não foi suplantada.

¹¹ Área Técnica de Saúde Mental/ASTEC/Ministério da Saúde – 2008.

3 OBJETIVOS

Geral

Analisar as estratégias de cuidado para os usuários da Saúde Mental na rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário da Pampulha no município de Belo Horizonte, MG.

Específicos

- a) Discutir a inserção do usuário da Saúde Mental na rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário da Pampulha;
- b) Analisar as formas de articulação/integração das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, a partir dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica;
- c) Identificar as estratégias para a implantação de ações na Atenção Básica que potencializem a ressocialização do usuário da Saúde Mental no seu território.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem teórico – metodológica

A pesquisa qualitativa mostrou-se a mais adequada para desenvolver o estudo sobre as estratégias de cuidado para os usuários da Saúde Mental na rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário da Pampulha, no município de Belo Horizonte, MG.

Adotou-se a abordagem qualitativa por pressupor uma interação entre o pesquisador e o objeto pesquisado, sendo que o conhecimento do fenômeno a ser investigado é construído a partir dessa interação e oferece sentido à investigação.

Assumiu-se que o método da pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva e está diretamente relacionado aos significados que os atores sociais atribuem a suas experiências no mundo social e ao modo como eles compreendem esse mundo. Tenta, portanto, investigar e interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão, sem se preocupar em quantificar, mas sim em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, como proposto por Pope e Mays (2005).

Foram fundamentais à construção desse caminho metodológico os achados de Denzin & Lincoln (2006), que assinalam ser a pesquisa qualitativa multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto e estudam os fenômenos em seu ambiente natural, no seu território.

Turato (2003) contribui com essa análise ao afirmar que na pesquisa qualitativa são as pessoas ou as comunidades, em sua fala e em seu comportamento, a essência da investigação. Assume-se, assim, que o alvo do interesse do pesquisador é entender a construção dos significados que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito.

Adotou-se como orientação teórico-metodológica deste estudo a dialética, considerando que seus pressupostos permitem olhar a realidade presente nas relações sócio-históricas e culturais no atual desenvolvimento e transformação do modelo assistencial psiquiátrico e compreendê-la nessa perspectiva.

Na esfera dessa realidade, a política de Saúde Mental é resultante de formulações e reformulações, com sucessivas aproximações que revelam contradições e subseqüentes mudanças na prática assistencial e nos saberes no trato com a loucura.

Optou-se pelo referencial da dialética por considerá-lo com possibilidade teórico-filosófico de captar e de buscar explicações para os fenômenos observados, numa perspectiva de compreensão do objeto de estudo que privilegia a historicidade da sociedade e a autoria dos sujeitos, que, articulados, nas relações sociais e culturais, consideram que o sentido das coisas não está na sua individualidade, mas na sua totalidade. A dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia (MINAYO *et al.*, 2005:89).

A escolha desse referencial não revela apenas uma postura ideológica, mas a crença no dinamismo da realidade e das relações sociais, bem como na provisoriedade destas, constituindo-se em um constante devir em que prevalece a contradição e, conseqüentemente, novas formulações.

Assim, reconhece-se o potencial da dialética para este estudo, que evidenciou as contradições que habitam os fenômenos e causa o movimento de transformação, como se nada estivesse acabado, e encontra-se sempre em vias de se transformar e desenvolver.

Nessa dimensão, o fim de um processo é sempre o começo de outro em uma mudança constante, pois sempre há algo que surge e desenvolve e algo que desagrega e transforma e isto faz com que o movimento se perpetue (TRIVINÖS, 1994:70).

Para Demo (1981), a dialética é a metodologia mais fecunda para analisar os fenômenos sociais, por incorporar na realidade social: a contradição, reconhecida como lei fundamental; a transição e a mudança, que consideram o movimento como uma qualidade inerente a todas as coisas; a historicidade dos fenômenos sociais e, o princípio da totalidade em que tudo se relaciona e condiciona-se reciprocamente.

Para apreender a realidade, foi captada a singularidade das práticas dos profissionais de saúde envolvidos com a rede de cuidado ao usuário com sofrimento psíquico, em que foram evidenciadas suas particularidades e estabelecidas as relações sócio-históricas e culturais no desenvolvimento e transformação desse cuidado.

Ao lado da prática dos profissionais, a fala dos usuários sobre sua percepção do cuidado em rede possibilitou ampliar a compreensão da realidade investigada, que ora se revelou, ora se ocultou, em uma articulação dinâmica e processual entre as partes e o todo, e considerou que cada parte se constitui em uma totalidade parcial como descrita por Minayo (1999).

Foi com esse olhar que se deu a aproximação com essa realidade rica de complexas relações, contradições e desafios no cuidado direcionado para o usuário da Saúde Mental. Na análise do objeto, consideraram-se as mudanças significativas vivenciadas na atualidade, pela assistência psiquiátrica, que vislumbraram e descortinaram possibilidades na otimização do cuidado oferecido a esse usuário.

Assim, o foco desta pesquisa foi centrado:

- a) no fazer dos profissionais que assistem diretamente o usuário com sofrimento psíquico, colocando sobre análise a rede de cuidados no território; e
- b) na reinserção social como referencial teórico para a análise da práxis em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, a prática dos profissionais que assistem os usuários da Saúde Mental¹² e a reinserção social de usuários são as duas categorias analíticas que balizaram a realização da pesquisa em todas as suas fases.

¹² Saúde mental é algo mais que a ausência de transtornos mentais. Entende-se-a como bem estar subjetivo, autonomia, competência e auto responsabilização, intelectual e emocional, pelos fazeres...

4.2 Cenário

4.2.1 Caracterizando o lugar da pesquisa

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, tem por missão institucional estruturar a atenção à saúde no município, para cumprir os princípios consagrados pelo SUS, que objetivam o atendimento universal, a integralidade das ações, a garantia de acesso e a equidade na atenção à população.

Para a gestão e efetivação da nova consciência sanitária que está sendo implantada no País, baseada na reivindicação da saúde como direito social, a SMSA-BH optou pela reorganização dos serviços de saúde em base territorial, a partir da definição de nove Distritos Sanitários, acompanhada da delimitação das nove Administrações Regionais da Prefeitura de Belo Horizonte.

Cada um dos nove Distritos Sanitários tem definido seu espaço geográfico-político, populacional e administrativo em sua área de abrangência com 15 a 20 unidades básicas de saúde por Distrito.

O município se apresenta com 145 Unidades Básicas, 4 Unidades de Referência Secundária, 7 Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMS), 1 Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERMIM), 1 CERSAM, especializado para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, 1 serviço de Urgência Psiquiátrica denominada “Hospitalidade Noturna”, 7 Unidades de Urgência/Emergência, 9 Centros de Convivência e 1 Unidade Hospitalar Pública (Hospital Municipal Odilon Behrens). Conta, também, com a rede contratada pelo SUS.¹³

A organização territorial estabelecida pela SMSA está em consonância com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção, prevendo-se as subdivisões: Município – Distrito Sanitário – Área de abrangência do Centro de Saúde – Área da Equipe do PSF – Microárea e Moradia¹⁴.

A rede de serviços está organizada a partir da definição da área de abrangência sobre a qual os Centros de Saúde têm responsabilidades sanitárias e a

¹³ Relatório de Gestão da SMSA-BH-2008.

¹⁴ Relatório de Gestão da SMSA-BH-2007.

missão de resolver os problemas de saúde. Considera as dimensões da magnitude, da transcendência e da vulnerabilidade, bem como a inserção social dos indivíduos e comunidade no seu território de origem.¹⁵

O Programa de Saúde da Família como estratégia para reorganizar a Atenção Básica, foi implantado no município em 2002. Reforça a importância do acolhimento, da responsabilização e da vigilância da saúde, focando a família e vinculando as Equipes de Saúde da Família (ESF) a um trabalho orientado pela organização territorial (Site da PBH, 2007).

A Atenção Básica, reconhecida como a porta de entrada preferencial da população na Rede de Serviços de Saúde, conta atualmente com 508 ESF distribuídas em 145 CS, que desenvolvem um leque de ações, tendo como um dos seus pilares a humanização da assistência e a busca pela atenção integral aos indivíduos e comunidade, sendo responsáveis por uma cobertura aproximada de 76% dos habitantes belorizontinos.¹⁶

A assistência aos usuários de Saúde Mental está inserida na rede, segundo o modelo de gestão preconizado pelo município.

Desde 1992, a Coordenação de Saúde Mental da SMSA está construindo uma rede de atenção substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Em consonância com as mudanças na assistência psiquiátrica que ocorrem no País, valoriza o cuidado em liberdade, por meio de ações que buscam a conquista da cidadania e a construção efetiva de ações coletivas e intersetoriais. Sua implementação tem mostrado que é possível oferecer tratamento de qualidade aos usuários da Saúde Mental, sem acionar os mecanismos de exclusão social.

Como parte integrante da rede de cuidados contínuos e integrais situa-se os CERSAMS, responsáveis pelo atendimento de situações de crise e urgência psiquiátricas, oferecendo retaguarda ou referência para as Unidades Básicas de saúde, quando o manejo da crise parece ser impossível.

Esses serviços estão presentes em diferentes regiões, que cobrem toda a cidade. O funcionamento é das 7 às 19 horas, todos os dias da semana, inclusive feriados. Os usuários podem lá permanecer pelo tempo necessário¹⁷.

¹⁵ Extraído do documento: PBH, Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, 2005-2008.

¹⁶ Relatório de Gestão da SMSA-BH-2007.

¹⁷ Site da PBH -2008.

Nesses espaços, o tratamento busca a estabilização do quadro clínico, a reconstrução da vida pessoal, o suporte necessário aos familiares, o convívio e a busca contínua da reinserção social, oferecendo os atendimentos adequados a cada caso. Conta com a presença constante de uma equipe multiprofissional, que atua na perspectiva da interdisciplinaridade, ao lado de oficinas e atividades de cultura e lazer¹⁸.

No CERSAM, os usuários em crise permanecem vinculados ao serviço até o debelamento da crise, devendo ser encaminhados a outros serviços da rede e à Equipe de Saúde da Família, se necessário. No momento do encaminhamento, a área adscrita desse usuário é respeitada, uma vez que este é referenciado para o serviço de saúde mais próximo à sua residência.

Ressalta-se que este é um dos dispositivos operantes para possibilitar a construção da Reforma Psiquiátrica, abrindo novos espaços de interlocução entre a sociedade e as instituições no trato com a loucura, além de se configurar como um lugar privilegiado para aprendermos um pouco mais sobre essa realidade.

A rede da Saúde Mental inclui ainda: as Incubadoras de Empreendimentos Econômicos Solidários, que, em suas cooperativas, devolvem ao portador de sofrimento psíquico o direito ao trabalho com valor social e as Moradias Protegidas, responsáveis pelo acolhimento dos usuários que perderam, devido ao longo tempo de internação hospitalar, seus laços sociais e familiares. Além dessas moradias mantidas pela Secretaria Municipal de Saúde, os usuários que puderem voltar para suas próprias casas e famílias recebem o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial, na forma de um benefício mensal.

Está presente também nessa rede um Serviço de Atenção à Criança e Adolescente, com equipe especializada para o atendimento a esse grupo populacional e a locação de equipes de Saúde Mental em 65 Centros de Saúde, com o objetivo de construir parcerias com as equipes do PSF para o atendimento de demandas ligadas, direta ou indiretamente, à Saúde Mental¹⁹.

De grande importância são os Centros de convivência (CC), que se apresentam como um dos serviços que contribuem para a inserção dos usuários da Saúde Mental. São fundamentais ao processo de desinstitucionalização, construindo

¹⁸ Site da PBH -2008.

¹⁹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Coordenação de Saúde Mental. Site da PBH, 2008.

e articulando com os outros dispositivos da rede e setores sociais possibilidades de circulação dos usuários em outros espaços sociais, estabelecendo um contato com a vida cotidiana e a cultura da cidade.

Esses serviços não se caracterizam como equipamentos assistenciais e não realizam atendimento médico ou terapêutico. Estão agregados aos distritos sanitários, sendo que em alguns existem experiências de geração de renda para os usuários. Hoje esses serviços funcionam de segunda a sexta feira e se tornaram referência para os usuários com sofrimento psíquico, sendo reconhecidos como espaços oportunos de sociabilidade.

O CC se organiza com oficinas, que contam com artistas plásticos, músicos e monitores de teatro, de artesanato, de alfabetização, de literatura e de marcenaria, entre outras atividades, o que facilita a construção de laços sociais e a inclusão, por meio de espaços de convívio e trabalho.

A clientela desse serviço é a mesma priorizada pela política de Saúde Mental: portadores de transtornos mentais severos e persistentes, adultos que se encontram em tratamento na rede. Geralmente, os encaminhamentos provêm dos profissionais do CERSAM, das equipes de Saúde Mental e das equipes de saúde da família e apresentam questões relacionadas à inatividade, isolamento, dificuldade de convívio, inexistência de laços sociais e apatia.

4.2.2 O Distrito Sanitário da Pampulha – o campo do estudo

Este estudo foi desenvolvido no Distrito Sanitário da Pampulha/BH, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Trata-se do segundo maior Distrito de Belo Horizonte em extensão, com uma área de 46,03 Km². Estima-se, aproximadamente, 142.602 habitantes para essa regional (SMSA, 2008).

A escolha desse cenário deveu-se à atuação da pesquisadora no campo como professora, da disciplina Enfermagem Psiquiátrica que prevê em seu plano de oferta estágios em instituições destinadas ao atendimento de usuários com sofrimento psíquico, em regime de internação ou permanência-dia. Esse espaço se configurou como um lugar privilegiado para a compreensão da realidade que se pretendeu investigar.

O Distrito Sanitário apresenta características peculiares quanto à localização de algumas atrações turísticas e de lazer: Jardim Zoológico, Museu de Arte Moderna, Mineirão, Mineirinho, Casa do Baile, Campus da Universidade Federal de Minas Gerais, Igreja de São Francisco de Assis, Lagoa da Pampulha, Aeroporto da Pampulha, Parque Lagoa do Nado e clubes recreativos.

Em contraste com as luxuosas mansões existentes tanto na orla como em algumas áreas nobres da região, como os bairros Bandeirantes, São Luiz, e São José, o Distrito Sanitário Pampulha apresenta um grande número de áreas de risco (Relatório de Gestão da SMSA-BH-2007).

Nesse Distrito Sanitário, há quatro Centros de Saúde (CS) que possuem equipes de Saúde Mental, cada uma com um psiquiatra e um técnico de nível superior. Acresce-se a esse quadro uma equipe que não possui psiquiatra e outra destinada ao atendimento à criança e ao adolescente, que funciona como referência para todo o DS, com um psiquiatra, um fonodólogo e um terapeuta ocupacional.

Na área adscrita, foram mapeados para essa investigação, os nove Centros de Saúde presentes no território, com 24 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e 11 técnicos vinculados à Saúde Mental, o CERSAM e o Centro de Convivência. Respeitando a ordem do sorteio e o critério de saturação previsto na pesquisa qualitativa, dos nove centros de saúde presentes no território, somente sete centros de saúde participaram dessa investigação.

Essas equipes nomeadas são responsáveis pelo acompanhamento e encaminhamento do usuário de Saúde Mental na rede e realizam a referência e contrarreferência dos casos atendidos.

4.3 Os sujeitos da pesquisa

No momento do trabalho de campo, o número de informantes se constituiu de 15 profissionais do Programa de Saúde da Família, 4 profissionais das equipes de referência em Saúde Mental, 5 técnicos do CERSAM e o gerente do Centro de Convivência, totalizando 25 entrevistados.

A definição dos sujeitos da pesquisa não foi sustentada por critério numérico, porém procurou-se garantir a representatividade das circunstâncias nas

quais se apresentou a realidade do fenômeno, em uma realidade concreta, do pensar e fazer saúde. Neste estudo, a definição dos sujeitos, e dos critérios de acesso a eles e de sua inclusão na pesquisa teve como referências a orientação de Minayo, que afirma:

[...] numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 1999).

A partir desse entendimento, a definição dos sujeitos privilegiou os profissionais inseridos na área adscrita mencionada. Os critérios para a definição dos sujeitos consideraram: experiência mínima de um ano nesses serviços e o fato de serem responsáveis pelo acolhimento e encaminhamento do usuário de Saúde Mental na rede de cuidados, acrescido do aceite para participar da pesquisa.

A TAB. 1 relaciona os sujeitos da pesquisa:

TABELA 1

Sujeitos entrevistados, segundo a categoria profissional/ inserção na rede de cuidados – Belo HORIZONTE, 2009

Categoria Profissional	PSF	ESM	CERSAM	Centro de Convivência
Agente Comunitário de Saúde	03	-	-	-
Técnicos de Enfermagem	03	-	-	-
Assistente Social	01	02	01	-
Enfermeiro	05	-	01	-
Médico	03	-	-	-
Psiquiatra	-	-	01	-
Psicólogo	-	01	01	-
Terapeuta Ocupacional	-	01	01	01

Fonte: Dados da pesquisa

Para o início da coleta de dados, foram elaboradas listas dos nove Centros de de Saúde e relacionados todos os técnicos das 24 equipes de saúde da família e os técnicos das equipes de referencia da Saúde Mental. O mesmo procedimento foi realizado em relação ao CERSAM. Porém foram listados somente

os 20 profissionais de nível superior atuantes no momento da coleta. No Centro de Convivência o gerente do serviço foi o sujeito da investigação.

A partir de cada lista, procedeu-se o sorteio dos serviços e, a seguir, dos profissionais das equipes/serviço, assegurando-se, dessa forma, a participação dos sujeitos de cada serviço. De posse dessas listas, foi respeitado o critério do sorteio, e os sujeitos da pesquisa foram contatados para o início da investigação.

O total de 25 entrevistas, respeitada a ordem do sorteio, foi considerado suficiente para elucidar momentaneamente o fenômeno em estudo, ou seja, obedecido o critério de saturação dos dados, como é próprio dos estudos qualitativos.

Os usuários da rede do DISAP também foram sujeitos desta pesquisa. Essa escolha foi intencional e determinada pelos objetivos do estudo, por entender-se que o usuário é quem detém a história do seu processo de adoecimento e busca por assistência na rede de serviços de saúde.

No momento em que se considera que a questão do cuidado é partilhada e se organiza tendo o usuário como eixo central, parte-se do pressuposto que a sua experiência, na perspectiva de quem vivencia o adoecimento, poderia revelar faces ocultas e ou lacunas sobre a disponibilidade e a produção de cuidados na rede.

Para a escolha dos usuários contou-se com o auxílio do coordenador do Centro de Convivência para a organização dos grupos focais, sendo que a composição final totalizou 18 usuários, com 10 participantes no primeiro grupo focal e 8 no segundo grupo.

O critério de inclusão do usuário considerou: a inserção no cotidiano do Centro de Convivência, a capacidade verbal preservada e em acompanhamento terapêutico nos últimos cinco anos e a concordância para participar da investigação.

Os dados da pesquisa foram coletados no período de 15.2.2008 a 17.7.2008, perfazendo um total de 16 horas de material registrado.

4.4 O desenvolvimento da pesquisa

4.4.1 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e ao da UFMG. Analisado sob o aspecto ético-legal, atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres vivos. O projeto foi aprovado em 24.4.2007 e em 04.7.2007 respectivamente (Anexo A e B).

4.4.2 A pesquisa como uma construção coletiva

Após a aprovação pelo COEP, realizou-se um estudo piloto em outro Distrito Sanitário do município o qual contou com a participação da coordenadora do serviço de Saúde Mental, que combina suas atividades com atendimento na Equipe de Saúde Mental (ESM); do gerente do CERSAM e de um profissional da Equipe de Saúde da Família (ESF) do referido DS.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas, com anuência dos entrevistados, no sentido de resguardar a integridade dos discursos. A seguir foram transcritas, lidas e identificadas às idéias-chaves que foram articuladas em uma rede de discursos.

Este estudo piloto visou à adequação do instrumento da entrevista. Ressalte-se que a escolha desse DS para o teste-piloto foi aleatória e considerou apenas a aceitação dos profissionais em contribuir com a investigação.

Com um projeto em andamento e respeitando a política de Saúde Mental preconizada pelo Ministério da Saúde, esse Distrito Sanitário tem representado um espaço concreto e privilegiado de assistência em SM, efetivando em sua rede,

estratégias de cuidado, numa perspectiva de promover uma radical transformação na secular lógica assistencial, pautada, pelos mecanismos de exclusão.

No momento da inserção nesse campo, foram feitos contatos com as diferentes estruturas administrativas presentes nesse DS com vistas a observar o funcionamento e a articulação com os demais serviços presentes na rede e dessa forma aproximar do objeto desse estudo.

Após a aplicação e a análise das dificuldades verificadas no estudo piloto, o instrumento da entrevista foi reelaborado.

A realização do teste-piloto contribuiu para o recorte do objeto, a reformulação do projeto e a ampliação da revisão teórica, dando densidade teórica ao campo de pesquisa.

Posteriormente a essa etapa, fez-se um contato com a direção do Distrito Sanitário da Pampulha, que autorizou a entrada no campo para a operacionalização do estudo. A seguir, procedeu-se à apresentação da pesquisa, com destaque para sua finalidade, procedimentos, critérios de inclusão dos sujeitos e demais questões metodológicas orientadoras do estudo, em dois momentos acordados com a referência técnica de recursos humanos do referido DS.

O primeiro momento da pesquisa consistiu na apresentação do projeto a todos os gerentes das nove Unidades Básicas de Saúde, o gerente do CERSAM e gerente do Centro de Convivência.

Após o esclarecimento das dúvidas e a concordância em participar do desenvolvimento do projeto, a equipe sugeriu que a pesquisa fosse apresentada aos técnicos da rede, o que constituiu o segundo momento do envolvimento dos profissionais do DISAP no processo do trabalho de campo.

Esta etapa aconteceu durante uma reunião clínica da Saúde Mental que envolvia a participação de profissionais representantes de toda a rede de serviços presentes no DS.

Na oportunidade dessa reunião clínica com as equipes de Saúde Mental, solicitou-se a colaboração de um técnico para acompanhar o grupo focal e exercer a função de observador, com o registro dos momentos vivenciados nessa atividade.

Nesse momento, uma profissional da terapia ocupacional que atua no CERSAM mostrou-se interessada em colaborar. Após as devidas explicações acerca da pesquisa, combinou-se a data do primeiro encontro. O projeto foi encaminhado,

esclarecendo-se sobre as dúvidas relacionadas à dinâmica do GF e à forma de realizar os registros, com ênfase na importância de sua colaboração.

Essa aproximação com os técnicos na fase exploratória da pesquisa facilitou a entrada no campo, pois, ao chegar aos Serviços de Saúde já era identificada como pesquisadora.

Instrumentos de captação da realidade empírica

Para construir os dados empíricos deste estudo, dois diferentes recursos foram utilizados para a investigação: a entrevista individual, com roteiro semiestruturado, eleita como a forma mais adequada para abordagem dos técnicos de saúde; e o Grupo Focal (GF) com os usuários (Apêndice A, B, C, D, E).

A entrevista

Para a realização da entrevista, seguimos à orientação de Triviños (1992) que define a entrevista individual com roteiro semiestruturado como aquela que parte de questionamentos apoiados em teorias e hipóteses, e no decorrer do processo oferece um campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que surgem à medida que os informantes respondem.

O roteiro, com questões norteadoras (Apêndice B, C, D), serviu para orientar a pesquisa e estimular uma narrativa mais livre para que o entrevistado pudesse discorrer sobre o tema proposto, seguindo a linha de raciocínio e experiências com o objeto de estudo. Essa técnica contribuiu para que o informante alcançasse a liberdade e a espontaneidade nos seus discursos, o que enriqueceu a investigação.

Concorda-se com Schraiber, que

por ser um modo de contar e um modo de lembrar, a entrevista produz sempre uma interpretação daquele que relata. Mas aquilo que se conta –o acontecido, o vivido- e o significado que lhe confere o narrador, não é exatamente único, senão a experiência pessoal no interior de possíveis históricos bem determinados, e que se dão na forma pela qual aquele indivíduo está situado socialmente (SCHRAIBER, 1993:33).

Essa opção permitiu a formulação de perguntas para a obtenção de dados de interesse da investigação e contemplou os aspectos relevantes em sua questão orientadora, como também o objetivo préestabelecido. A flexibilidade deste instrumento possibilitou à pesquisadora esclarecer o significado da questão no momento da entrevista, adaptando-a, dessa forma, ao entrevistado e às circunstâncias em que a mesma se realizou.

A escolha pela entrevista semiestruturada foi sustentada com base na imperativa necessidade de valorizar a presença do pesquisador e de oferecer perspectivas para que o informante alcançasse a liberdade e a espontaneidade na sua fala, o que enriqueceu os dados empíricos.

Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora procurou estabelecer uma relação de confiança mútua com o entrevistado, na busca de propiciar-lhe um clima de afinidade, simpatia e lealdade, com o propósito de obter sua participação ativa, como também a profundidade nas respostas às questões sobre o fenômeno em estudo.

Estabelecido o contato e o acordo em contribuir com este trabalho, as entrevistas foram agendadas, de acordo com a disponibilidade de cada profissional.

Para resguardar a integridade dos discursos, utilizou-se como recurso o gravador, sempre com a anuência do entrevistado, no sentido de garantir a fidedignidade das informações. Uma vez gravado, o conteúdo das entrevistas foi transcrito pela pesquisadora. A primeira leitura de cada entrevista foi realizada, logo após a coleta, com olhar atento, na busca de apreender os significados globais do texto e captar o momento em que os discursos começassem a ser repetitivos.

Considerada a saturação dos discursos com a repetição de temas, foi interrompida a coleta de dados e procedeu-se a novas leituras na íntegra de cada discurso, sem a preocupação de interpretar.

Partindo de alguns pontos de interesse da pesquisa, que, ao mesmo tempo, nortearam a pesquisadora, chegou-se a alguns dados conclusivos e relevantes sobre a rede de cuidados ofertados aos usuários da Saúde Mental no território pesquisado.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A), em duas vias, sendo que uma lhes foi entregue e a outra foi arquivada pela pesquisadora.

Grupo focal

A segunda etapa da pesquisa compreendeu a realização de dois grupos focais com os usuários presentes no Centro de Convivência. Esse local foi escolhido para o desenvolvimento desta atividade por reconhecer seu valor diferenciado e estratégico na rede de Saúde Mental e ao mesmo tempo articulado a ela. Acreditava-se que esse espaço contribuiu para a construção do projeto de inserção social dos usuários.

No grupo de participantes dos grupos focais a idade variou entre 17 e 54 anos. Apareceram como traços comuns: frequência regular no CC (três vezes por semana), egressos do CERSAM e fora da crise psiquiátrica.

Para a realização dessa atividade foram seguidos todos os trâmites, como: contato com a coordenação do serviço, reapresentação do projeto, esclarecimento das dúvidas e aproximação com a rotina desse serviço.

A Coordenação mostrou-se solícita: fez a mediação com o grupo de usuários presentes no CC, sugeriu os dias convenientes para ocorrer o GF e, na ocasião, agendou as atividades de campo, em comum acordo.

Após três encontros com os profissionais neste serviço, estabelecido contato com os usuários e esclarecido a presença nesse espaço, iniciou-se o GF que aconteceram nos dias 10 e 17 de julho de 2008. No momento do convite, eles foram informados sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa e de seus direitos, dentre eles o de confidencialidade e o de não serem obrigados a responder a todas as perguntas.

Destaca-se que no decorrer das entrevistas com os profissionais, sujeitos da pesquisa, esses foram solicitados a fazer a indicação de dois usuários para participarem do Grupo Focal. O critério solicitado para a inclusão foi: um usuário inscrito no serviço, porém resistente à criação de vínculos no território, e outro que conseguia, após o debelamento da crise, circular em outros espaços, com mais autonomia no gerenciamento de seu cotidiano.

Detectou-se certa dificuldade dos técnicos de saúde para atender a essa solicitação, o que impossibilitou o alcance do pretendido além de revelar um viés dos profissionais quando conseguiam nomear alguém para participar do estudo. Decidiu-se então trabalhar com os usuários presentes no Centro de Convivência no

momento da coleta de dados, principalmente, por ser esse espaço reconhecido como um lugar facilitador para a sua reinserção social.

Optou-se por essa técnica por acreditar que o GF constitui uma técnica socioqualitativa, coletiva e dinâmica, que promove a sinergia entre os componentes do grupo, que valoriza a palavra dos atores sociais e seus conhecimentos acerca da temática e que os reconhece com conhecimento ou habilidade de sua própria realidade, conforme esclarece Kitzinger (2005).

Essa estratégia de captar informações qualitativas e reconhecidas como técnica de interação entre os participantes, contribuiu para uma aproximação com os usuários, além de propiciar um momento de reflexão sobre como a enfermidade é incorporada nos diferentes percursos feitos por eles na rede compartilhando, dessa forma, suas experiências com o processo de viver e adoecer.

No GF, os participantes foram estimulados a conversar entre si, a perguntar, a trocar histórias, a comentar sobre as suas experiências e pontos de vista e interagir suas idéias, sentimentos, valores e dificuldades. O grupo focal revelou-se neste estudo como um espaço privilegiado de diálogo e intercâmbio, em que a comunicação entre os participantes foi valorizada, além de gerar dados preciosos para este estudo.

Logo no início da primeira sessão, os objetivos da investigação foram explicitados. A seguir, procedeu-se a dinâmica de apresentação dos participantes, com o esclarecimento sobre o andamento da atividade, que era informal, e o convite para a participação de todos com o máximo de espontaneidade possível.

Depois de estabelecido o contato inicial, o consentimento livre e esclarecido, foi lido e elucidado o seu significado ético e garantido o anonimato de todos os entrevistados, o que amenizou de certa forma a desconfiança em relação à assinatura do TCLE (Apêndice A). Os usuários foram avisados que poderiam interromper sua participação quando desejarem.

Para a discussão nesses dois grupos, a pesquisadora tinha um mesmo conjunto de eixos temáticos, que foram previamente pensados para contemplar os objetivos da pesquisa:

- a) modos de circulação na rede de serviços de saúde e na rede social e modo como que eles vivenciam essa experiência;
- b) a vivência no cotidiano do centro de convivência

Esses eixos temáticos estão impregnados de questões importantes para o debate sobre a mudança pretendida com a Reforma Psiquiátrica, que tem como pilar a reinserção social do usuário da Saúde Mental. Assim, eles serviram como balizadores para que a pesquisadora pudesse, sempre que necessário, focar a discussão nos aspectos de interesse da pesquisa.

Optou-se por realizar essa atividade deixando de lado um pouco o tema da doença, sem desconsiderar a existência dela. Procurava-se escutá-los sobre a sua experiência como usuário dos serviços de atenção à Saúde Mental e, naquele momento, como usuário daquele espaço.

As discussões foram orientadas por um roteiro, com questões norteadoras, que serviu como fio condutor das duas sessões (Apêndice E). Nesse momento, os usuários foram convidados a discorrer livremente sobre suas experiências cotidianas na circulação na rede de serviços de saúde, com vistas a conseguir respostas para as suas demandas.

A duração de cada GF foi de 1 hora e 30 minutos, sendo marcado o horário de início e término, e respeitado, o horário combinado, além de garantir alguns cuidados que permearam todas as sessões no que diz respeito ao ambiente. Na sala, havia boa iluminação, ventilação e cadeiras para todos, o que permitiu o desenvolvimento dos dois encontros sem interferências externas e assegurou a privacidade necessária para a realização do GF, como apontado por Kitzinger (2005).

As cadeiras foram posicionadas em círculo, em volta de uma grande mesa, o que contribuiu para uma visão circular de todo o grupo, independente da posição ocupada, e estimulou a circulação das falas, conforme orientam os estudos de Dall'Agnol e Trench (1999).

Ao final do primeiro encontro, agendaram-se o horário e o dia da próxima sessão. Na véspera do próximo encontro, fez-se um contato com o serviço e confirmou-se a data. Solicitou-se ao técnico do serviço que os participantes do primeiro grupo focal fossem avisados sobre o nosso retorno.

Na condução do grupo, a pesquisadora desempenhou o papel de facilitadora, pelo conhecimento do objeto de estudo e dos seus objetivos, promovendo, durante as sessões, a participação de todos e evitando a monopolização de alguns participantes sobre outros. Em alguns momentos, o foco

de discussão foi desviado, sendo necessárias habilidade e atenção para retomar o tema.

Na dinâmica dessa atividade, buscou-se aprofundar as narrativas, solicitando esclarecimentos e conferindo se o meu entendimento sobre os relatos era pertinente.

Sena e Duarte (1999) reforçam o papel do facilitador no grupo focal. Esta técnica foi utilizada pelas autoras no projeto de “Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva”, que resultou na percepção que o facilitador deve ter o cuidado de manter as discussões focalizadas, colocando questões previamente estabelecidas para os participantes, estimulando-os a expressarem-se livremente.

Todos os usuários participantes dessa atividade apresentavam-se com saberes e vivências acerca do objeto investigado, o que, certamente, enriqueceu a dinâmica, pois cada um, com suas particularidades, socializou suas experiências individuais e, de uma forma generosa, explicitou os seus pontos de vista acerca dos assuntos que foram discutidos.

Embora com um pouco de dificuldade para expressar o significado do vivenciado no cotidiano de cada um, os participantes apresentaram bom entendimento das questões abordadas, manifestando suas posições, contando experiências, pedindo esclarecimentos, explicando e, até mesmo, ausentando-se do espaço de discussão após expressarem suas idéias.

A participação do técnico de saúde como observador desta atividade foi considerada uma experiência exitosa, registrando, de forma sistemática, todo o processo e os acontecimentos, auxiliando no apoio logístico, organizando o ambiente, controlando o gravador e intervindo quando necessário. Após essa atividade reuníamos para uma avaliação em que seu parecer sobre cada encontro, contribuiu para as elaborações e reelaborações do próximo grupo focal. Todo o vivido nesses momentos foi registrado, logo após o término da atividade. Nessa avaliação, buscou-se capturar as idéias principais acerca do vivido e experimentado em cada sessão.

Assim como as entrevistas, o GF foi gravado, e os relatos foram transcritos na íntegra, sempre com a anuência dos participantes, preservando a fidedignidade dos discursos, excluindo-se, porém, os vícios de linguagem ou expressões coloquiais que não eram necessárias à compreensão do texto.

4.5 Análise do discurso

Os dados obtidos demandaram um planejamento cuidadoso na fase de organização. O ponto de partida foi a transcrição na íntegra das entrevistas e dos grupos focais.

Para o momento da análise, considerou-se importante contar com algumas reflexões sobre Análise de Discurso (AD), utilizada nesta investigação como uma proposta de análise qualitativa dos dados. A AD foi criada pelo filósofo francês Michel Pêcheux, que fundou, na década de 1960, a Escola Francesa de Análise de Discurso. Tem por objetivo realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos. Visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido.

A AD, para alguns de seus proponentes como Pêcheux (1990), Foucault (1996), significa ir além do que se diz e do que fica na superfície das evidências.

Nesse sentido, a identificação do “corpus” dos textos num processo de busca do sentido das falas, aqui compreendidos como aquém e além das palavras, exigiu um rigor na análise, por entender que o discurso materializa a relação entre a ideologia e a linguagem, e encontra-se em permanente construção. Para Maingueneau (1997), um sujeito, ao enunciar, presume uma espécie de “ritual social da linguagem” implícito e partilhado pelos interlocutores.

A AD foi realizada com a articulação dos discursos e referenciada às condições materiais de produção, ou seja, foi considerado o contexto social que envolve o sujeito da pesquisa, que, por sua vez, tem uma posição sócio-histórica em uma conjuntura determinada como orientado por Orlandi (1999).

Utilizou-se o argumento de que discurso opera por meio da linguagem, que é o ponto de partida para a compreensão da representação do sujeito inscrito em contextos determinados. É por meio da linguagem que fica explícita sua visão de mundo, sua concepção sobre determinado objeto, as representações sociais construídas e comunicadas em diferentes épocas.

Para Pêcheux (1997), a linguagem não é só uma expressão histórica da realidade social, uma manifestação de relações de poder ideológico que a descrevem. A realidade a constrói.

Segundo Maingueneau (1997), a linguagem é um modo de interação nas relações sociais. Assim, deve ser percebida como condição de possibilidade de discurso e veículo de transmissão da ideologia. Todo dizer é, ideologicamente, marcado e abrange mais de um sentido, pois é na linguagem que a ideologia se materializa nas palavras dos sujeitos. Segundo o autor, as palavras mudam de sentido conforme as posições daqueles que a empregam.

Orlandi (1999:22) acrescenta que a linguagem é o ponto de partida para a compreensão da representação do sujeito. É por meio dela que fica explícita sua visão de mundo, sua concepção sobre determinado objeto e sobre as representações sociais construídas e comunicadas em diferentes épocas.

Diferentemente da análise de conteúdo, a AD considera que a linguagem não é transparente. A questão que se coloca é como este texto significa, e não o que este texto quer dizer (MAINGUENEAU, 1997; ORLANDI, 1999).

Maingueneau (1997:10) acrescenta que a técnica de AD exige uma apreensão real de textos, por meio de uma leitura verdadeira consequentemente, uma apropriação de sua opacidade e garante que os textos analisados possuem, de fato, uma significação oculta, mesmo que outro analista se mostre incapaz de decifrá-lo. Ler um texto é atribuir-lhe sentido, é determinar o processo e as condições da produção dos discursos ali materializados.

Para analisar os discursos, segundo a perspectiva de Foucault (1996), é preciso antes de tudo ficar atento às coisas ditas e recusar as explicações unívocas, as interpretações aparentes daquilo que se manifesta pelas palavras, sendo necessário deixar o discurso aparecer na complexidade que lhe é peculiar.

Para isso, foi necessário olhar os discursos para além de um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, não sendo imediatamente visível, o que não significa estar oculto. Para Foucault (1996), analisar o discurso requer contextualizar as relações históricas, de práticas muito concretas, que estão presentes nos discursos.

Neste estudo, a AD foi adotada como técnica, por sua aderência aos propósitos teóricos e metodológicos do estudo e pelas possibilidades oferecidas de refletir sobre as condições nas quais foram construídos e apreendidos os discursos. A análise de discurso possibilitou a interpretação, não apenas do que foi dito, mas, sobretudo, a ideologia que está por traz dos discursos, o que não estava explícito.

Ao analisar os discursos dos entrevistados, que relataram de forma espontânea e generosa as questões norteadoras da pesquisa, ficaram ora explícitos, ora implícitos, a concepção dos sujeitos informantes sobre o pensar e o fazer na rede de cuidados aos usuários da Saúde Mental, contribuindo para a busca do sentido e das nuances contidas e dessa forma, para a construção de textos narrativos.

Para Minayo (1999), na AD o “texto” é tomado como uma unidade de significações e distingue-se de discurso por ser um conceito analítico, ao passo que discurso é um conceito teórico - metodológico, a linguagem em interação.

Qualquer texto admite múltiplas possibilidades de leitura. E por mais objetivo e neutro que pareça, manifesta sempre um posicionamento em relação a uma determinada questão e à realidade social.

Seguindo essa orientação e tomando o texto com unidade de análise, apreenderam-se os temas e as figuras de significação contidas no discurso dos entrevistados, com o propósito de construir uma referência que orientasse a compreensão das estratégias de cuidado em relação às pessoas com sofrimento psíquico na rede de serviços de saúde do DISAP.

Para proceder a análise e de posse do rico material coletado nas entrevistas de campo e no grupo focal, foram seguidos os passos indicados por Fiorin e Savioli (1999), Minayo (1999), Orlandi (1999), Foucault (1996), Maingueneau (1997) e Pêcheux (1990), com o objetivo de apreender do “corpus” do texto as figuras de significação, considerando o contexto histórico do processo de produção contido nos discursos.

Assim, após leituras sucessivas, procurou-se atribuir sentido aos trechos dos discursos que continham uma idéia, elaborando uma primeira classificação, em que cada tema foi recortado e agrupado. Na sequência fez-se a classificação por temas mais relevantes.

Para que se pudesse retornar ao discurso, à medida que as unidades temáticas eram extraídas do texto, foi adotada uma codificação nomeando quem a emitiu. Durante esse processo, buscou-se assegurar o anonimato dos participantes, de acordo com os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos. As entrevistas foram codificadas e classificadas seguindo a ordem cronológica em que foram realizadas: E1, E2, [...] E25 referindo-se aos técnicos de saúde e os Grupos Focais foram enumerados GF1 e GF2 respeitando-se somente a ordem de

ocorrência, sem a preocupação com a identificação individual dos participantes. Esse cuidado deve-se à necessária preservação do anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo, conforme o preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A seguir, foi feito um mapeamento das idéias centrais com uma leitura transversal de cada entrevista, buscando a unidade dos significados. A aproximação das idéias centrais semelhantes originou a definição dos temas e o agrupamento dos temas. De acordo com as afinidades, emergiram as categorias e subcategorias empíricas, que se apresentaram articuladas, subordinadas e com interdependência manifesta na singularidade da prática das equipes no cuidado oferecido em rede ao usuário da Saúde Mental.

Assim, foi evidenciada a particularidade das ações de cada um em relação aos demais membros da equipe, aproximando-se da totalidade da prática no modelo de atenção. Estas categorias estão relacionadas no QUADRO 1.

QUADRO 1

Relação das categorias, empíricas e das subcategorias. Belo Horizonte-2008

Categorias Empíricas	Subcategorias
Modelo assistencial em Saúde Mental: um projeto e seus nós	
A Saúde Mental e Atenção Básica á saúde: a necessária articulação das equipes na rede de cuidados	- A rede de cuidados: impasses e estratégias de superação - O apoio matricial: corresponsabilizações e coparticipações
Reinserção Psicossocial	

Fonte: Elaboração da autora, a partir das entrevistas.

A análise permitiu identificar três categorias empíricas e duas subcategorias reveladas pelos profissionais e usuários, o que possibilitou uma aproximação com o fenômeno em estudo. Essas categorias constituem-se recortes que auxiliaram na análise, mas que podem limitar a visão, porque a atividade de trabalho não tem fronteiras. Todavia essa foi a representação possível para a análise nesse processo de abstração.

À medida que emergiu a visão do conjunto das categorias e das subcategorias, a realidade deste estudo foi sendo configurada, ora revelando, ora ocultando o fenômeno, como lhe é próprio.

A aproximação da prática dos sujeitos da pesquisa, com a apreensão da experiência singular destes, que se expressaram com visões de mundo, valores e crenças de uma forma rica e diferenciada, permitiu a construção de um movimento dialético, que se configurou entre o concreto e o abstrato, entre a dimensão singular, particular e o geral.

No intuito de proporcionar uma melhor fluidez ao texto, optou-se por utilizar os segmentos dos discursos dos entrevistados, com vistas a enriquecer os resultados deste estudo, conforme descrito no próximo capítulo.

5 A ANÁLISE

5.1 O modelo assistencial em Saúde Mental: um projeto e seus nós

Discorrer sobre o modelo assistencial em Saúde Mental é reincidir em um campo que permite distintas concepções e abordagens, já por muitos analisados, mas que ainda suscitam indagações.

Definir o que seja um modelo assistencial é essencial para o acompanhamento e direcionamento dos projetos que circulam no setor e requer intermediações entre as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde e as opções políticas necessárias para uma gestão com qualidade dos serviços.

Essas mediações são fundamentais para responder às demandas advindas dos interesses e necessidades da sociedade.

Paim (2008) sustenta que o termo *modelo*, muitas vezes, confunde-se com paradigma, que, por sua vez, é um termo polissêmico. O autor destaca que modelo de atenção à saúde não deve ser compreendido como algo exemplar, uma norma a ser seguida indistintamente.

Deve-se entender modelo assistencial como uma representação da realidade de saúde, com a identificação de seus traços principais, seus fundamentos e suas lógicas, podendo ser definido como “[...] uma expressão de combinação de tecnologias ou de meios de trabalho, estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde, individuais e coletivas” (PAIM, 2008:554).

Merhy, Cecílio e Nogueira apresenta uma discussão sobre modelo assistencial afirmando que

[...] quando nos referimos a modelo assistencial estamos dizendo tanto da organização da produção de serviços de saúde, a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1991:83-84).

O autor acrescenta que duas situações devam ser consideradas na definição de modelo: uma que diz respeito ao aparato institucional utilizado para a organização das ações de saúde como serviços; e outra que tem a ver com a configuração do que é tomado como problema de saúde.

Partindo dessas proposições, é possível relacionar modelo assistencial com a combinação de tecnologias estruturadas para a solução de demandas da saúde de uma dada população, que, por sua vez, tem necessidades sociais historicamente definidas e com diferentes perfis epidemiológicos o que requer intervenções técnicas e sociais diferenciadas.

A despeito das diversas discussões que tomam essa definição, ao tratar-se do modelo assistencial em Saúde Mental, percebe-se que a sua consolidação ainda enfrenta obstáculos, representados, entre outros fatores, por questões de natureza epistemológica e institucional, bem como inflexões de natureza política e ideológica.

Sua abordagem e análise não se constituem tarefa fácil, devido a suas peculiaridades, dentre as quais comportar uma história marcada pela segregação e exclusão social, o que permite diversas leituras e concepções.

Nesta categoria, analisam-se as distintas concepções dos profissionais e dos usuários sobre o modelo assistencial em Saúde Mental no cenário pesquisado.

No atual desenho das políticas de saúde, o modelo de atenção à Saúde Mental do município objeto deste estudo inclui a descentralização dos serviços e uma rede de assistência que abrange domicílio, Centro de Saúde, recursos comunitários, Centro de Convivência, CERSAM, hospitalidade noturna, residência terapêutica e hospital geral, todos esses equipamentos organizados em uma rede horizontal (SMSA, 2007).

Neste cenário, os CERSAMS ocupam um lugar de destaque na reorganização da assistência em SM, delineando novas bases na relação com o usuário, favorecendo o seu acesso aos serviços e a escuta diferenciada, oferecendo uma possibilidade de resposta às queixas diversas.

Esses serviços funcionam como porta aberta e traduzem, segundo, Quintas e Amarante (2008), “um conjunto de relações institucionais, num movimento contínuo de questionar e eliminar a contenção concreta e simbólica das instituições asilares, pelas quais se dava o controle do paciente”.

Contudo, observa-se que para a efetiva consolidação da Reforma Psiquiátrica, torna-se necessária a superação de grandes impasses na operacionalização da rede de cuidados e, especialmente, na capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo.

Nos discursos dos entrevistados, identificou-se que a reestruturação do campo da Saúde Mental com ênfase na criação de serviços substitutivos representou uma ruptura com o aparato manicomial, instituindo outros saberes e fazeres, nos quais as ações dos profissionais estão fundamentadas. Tais ações estão pautadas na invenção da assistência como uma orientação ética, delineando diferentes formas para lidar com o usuário da Saúde Mental.

Os discursos revelaram o reconhecimento da mudança do modelo assistencial, que hoje dá lugar a uma pluralidade de experiências, introduzindo no campo do cuidado a construção de uma prática, de fato, com novas possibilidades terapêuticas. Entretanto, pontuam a necessidade de construir viabilidade técnica, política e social no cotidiano dos serviços e da sociedade para sua efetiva operacionalização:

[...] a proposta da Saúde Mental é uma coisa belíssima. Mas eu acho que falta mesmo é investimento. Investimento também para quem trabalha no Centro de Saúde, para construir, para poder realmente vestir a camisa da luta antimanicomial e da Reforma Sanitária, em todos os níveis, gestores, profissionais, comunidades, usuários (E2).

[...] está caminhando a passos lentos, porque a proposta é boa. A proposta de socializar os pacientes psiquiátricos é uma proposta muito boa, só que está faltando estrutura, suporte, principalmente de profissional na área da Saúde Mental, para poder dar esse respaldo (E1).

Para os usuários, fica evidenciada a satisfação com o caminho da assistência psiquiátrica no município, nomeando-a de um tratamento mais humano

Essa mudança foi tudo de bom para nós. Ah se fosse outras épocas. Eu tinha tomado milhões de choques, pauladas, jatos de água fria. E hoje eu sou livre, porque o recurso é outro, é mais humano e não é tão assim enclausurador como o manicômio, como essas outras referências psiquiátricas (G1).

Por outro lado, os entrevistados trazem à tona as contradições vivenciadas com a mudança da assistência psiquiátrica. Muitas de suas percepções acerca do atual modelo, que prioriza os serviços substitutivos para o acolhimento do

usuário em crise, estão mais consonantes com a crença e valorização do hospital como um lugar que, para além de resolver a demanda do usuário, alivia a família do sofrimento e da convivência com a doença mental, conforme observado a seguir:

Olha, eu acho assim que a proposta de mudança é boa, mas é uma coisa que muita gente não aceita e não concorda. Então, assim, agente ouve muitas falas, principalmente de usuários, de familiares de usuários, que chega aqui e falam assim: Oh! eu quero internar esse paciente, eu não agüento mais, eu sei que lá no hospital ele fica melhor. Lá resolve (E4).

Este tema não é novo. A chancela institucional ainda é reconhecida como uma medida de segurança para o usuário, sobrepondo à complexidade desses espaços, conhecidos pela sua clínica degradada, um contraponto à Reforma.

A análise dos dados permite inferir que a assistência psiquiátrica ainda não conseguiu romper com a crença do poder das instituições hospitalares para equacionar as demandas psiquiátricas. Mesmo o hospital sendo considerado obsoleto, ineficaz, iatrogênico, com um poder que captura e exclui os direitos humanos fundamentais a qualquer cidadão, ainda assim se encontra muito presente na sociedade. Explica Saraceno:

O hospital psiquiátrico constitui ainda, em qualquer parte do mundo, o eixo da assistência psiquiátrica, o lugar suposto do tratamento, a máquina hegemônica que devora a maior parte dos recursos humanos e financeiros alocados para a assistência dos doentes mentais (SARACENO, 1999:62).

Contudo, assinala-se que o papel hegemônico do hospital psiquiátrico foi colocado em questão há mais de cinquenta anos, e dispositivos de tratamento e assistência foram criados, acionando diferentes formas para assistir os usuários da Saúde Mental, ao lado, de outros paradigmas que contemplam a complexidade dos agravos.

Os dados revelaram que esse 'novo modelo de assistência' posiciona a família na linha de frente do cuidado. Para os entrevistados, esses familiares acabaram arcando com o pesado ônus decorrente dos problemas políticos e administrativos da implementação da reforma. Eles comentam que, mesmo concordando de seus princípios, muitos familiares querem o retorno à assistência psiquiátrica hospitalar

O que está acontecendo é que está tirando o paciente de dentro do hospital e jogando dentro da família, para a família cuidar. A família não tem estrutura e nem conhecimento para cuidar de um paciente desses. Muitas famílias preferem colocar o doente no hospital (E1).

Agora, geralmente um paciente, quando ele é um psicótico ou neurótico grave, ele é um paciente que, assim, ele desestrutura uma família. E a família já está cansada. Muitas vezes, não sabe lidar. Muitas vezes, a família está precisando de um cuidado, assim, muito grande também. Não só o paciente, mas a família também chega num ponto que ela não está querendo mais esse paciente. E no hospital, pelo menos, lá ele é tratado, lá ele está mais seguro (E12).

Sabe-se que o cansaço dos familiares e a desestruturação vivenciada pela família diante da presença de um de seus membros em crise é uma realidade. Há muito se sabe que o acolhimento às famílias de usuários da Saúde Mental e a relação de parceria entre profissionais e familiares são um ponto de fragilidade da Reforma Psiquiátrica e um dos grandes desafios a serem trabalhados para a superação do modelo manicomial de atendimento.

Para Vianna

A atual Reforma Psiquiátrica tem centrado suas ações na transformação do modelo hegemônico de assistência e na conscientização dos usuários e profissionais sobre as novas formas de atendimento. Não existe um investimento suficiente no trabalho com as famílias pelos outros protagonistas da Reforma Psiquiátrica e, assim, elas se sentem descrentes com as metas propostas pelo novo modelo assistencial e mais seguras nos espaços que conhecem, ou seja, os hospitais psiquiátricos (VIANNA, 2002:194).

A autora analisa que o novo modelo de atenção em Saúde Mental surge como a barreira que impede a delegação do cuidado pela família ao hospital psiquiátrico. A redução dos leitos passa a significar para os familiares o confronto com a doença, a implicação no processo de adoecimento e no cuidado (VIANNA, 2002).

Um dos profissionais entrevistados aponta a dificuldade de implicação da família no tratamento do usuário da SM

[...]então é muito comum a família não se implicar no tratamento do paciente. Com muita conversa, tentamos que os familiares se impliquem um pouco mais. É muita luta, é muita resistência. Até mesmo porque as pessoas já têm culturalmente que o portador de Saúde Mental tem que viver isolado. É uma fala que a gente ouve muito dos pacientes da gente é esse preconceito. Então, assim, a gente vê que a grande maioria, para ser sincera, não são muito de acordo com a Reforma Psiquiátrica (E4).

Ao discorrer sobre os princípios que orientam a atual política de Saúde Mental no município, calcada em novos paradigmas, e incluindo a AB como parceira necessária, desejável e possível, os entrevistados destacam que a prioridade de atendimento das ESM está direcionada para os casos graves e persistentes de sofrimento psíquico:

Existe a prioridade do projeto, que é para os casos graves, esse o psicótico (E8).

Trabalho dentro do projeto da Saúde Mental da PBH. Existe uma diretriz para que sejam priorizadas determinadas patologias, determinados momentos de circulações do sofrimento humano. Então, assim, é[...] eu priorizo particularmente, na minha prática, o que projeto determina que é o psicótico, os neuróticos graves (E11).

Depreende-se desses enunciados que as equipes envidam esforços para incorporar os princípios da política de SM no seu cotidiano. Porém, uma parcela da demanda para a Saúde Mental que chega à Atenção Básica fica sem atendimento, por não se enquadrar no que está preconizado.

Um desafio apontado pelos profissionais entrevistados consiste em conciliar a demanda, que se apresenta maior que a capacidade de atendimento dos serviços de saúde. Concomitantemente, pontuam que, mesmo com a presença da Equipe de Saúde Mental em alguns Centros de Saúde, muitos usuários ficam sem ser acolhidos na AB.

“Não tem como separar só neurótico grave e psicótico grave. Ótimo que eles têm para onde ser atendidos. E os outros casos? Tem que esperar ficar grave para conseguir atendimento (E18)”?

A gente percebe em alguns momentos um pouco de angústia naquele caso de estar vendo aquele total sofrimento e nem sempre é a prioridade da Equipe de Saúde Mental, até mesmo porque a agenda não comporta. Tem o limite de número de profissionais e do número de atendimento que ele pode fazer. Então, às vezes, a gente acaba ficando um pouco angustiada de ver aquela situação. Até passei por alguns momentos de angústia de ver aquele paciente que ele não é prioridade, mas você sabe que ele precisa. Então aonde você vai colocar aquele paciente? Se não é prioridade, então tchau (E21).

Os entrevistados afirmam com certa dose de inconformismo:

A Saúde Mental se resume só nisso. E não adianta querer passar paciente com neurose leve ou psicose moderada não. É neurose e psicose grave a demanda que eles atendem (E15).

[...] às vezes, você acha que é uma neurose grave ou uma psicose grave, você avalia e encaminha para a Equipe de Saúde Mental. Porém os que a gente só consegue encaminhar para a ESM ou está jogando pedra, ou está tirando a roupa no meio da rua, ou rasgando nota de 100. É difícil chegar até a agenda da Saúde Mental (E13).

Outros profissionais entrevistados reconhecem a limitação da rede assistencial e apontam alternativas, enxergando nos usuários 'não graves' suas necessidades e demandas por atendimento.

Aquele caso que não se enquadra dentro do perfil da Saúde Mental na prefeitura, que não são os psicóticos e os neuróticos graves, a gente encaminha para serviços fora dessa rede. Um exemplo é Universidade Federal ou Universidade Católica. A gente percebe que o paciente precisa de um acompanhamento, e não temos esse acompanhamento na rede. A gente não pode deixar esse paciente solto. E, na maioria das vezes, esse nosso paciente não tem recurso financeiro para está pagando uma terapia. Nesse caso, encaminhamos para as Universidades que têm setor de psicologia (E12).

Apreende-se que a inclusão desses usuários na agenda da Atenção Básica tem se configurado como um nó crítico. No cotidiano desses serviços, as Equipes de Saúde da Família se deparam com uma gama de demandas relativas às necessidades de saúde que emerge como sendo problemas de Saúde Mental. Os dados permitem inferir que falta habilidade clínica das ESF para o manejo dessa demanda:

[...] e para a gente que trabalha no PSF eu vejo dificuldade mesmo no lidar com esse paciente, de estar orientando essa família, esse paciente. Até que ponto que a gente vai ficar tranquila com a orientação que a gente dá para ele estar fazendo esse tratamento (E23)?

Pode-se inferir dos dados que, historicamente e socialmente parece haver algum consenso em torno da idéia de que se deve buscar ajuda profissional quando esse sofrimento torna-se intenso. Pequenas queixas acerca de questões psíquicas só ganham lugar na qualidade de acessórios ou queixas menores que, muitas vezes, não 'merecem' um olhar mais detido do profissional. Outras vezes, repetidos encaminhamentos permitem que o usuário passe a ter a idéia de que 'ali' na Atenção Básica não é o lugar de se cuidar dessas questões.

5.2 A Saúde Mental e a Atenção Básica à saúde: a necessária articulação das equipes na rede de cuidados

Nos diversos depoimentos das Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Mental, evidenciaram-se os conflitos decorrentes da posição dos atores e dos serviços na construção de um novo modelo de produção da saúde, em face, muitas vezes, da lógica e das condições do processo de trabalho nos quais esses atores se inserem.

Nesse sentido pontua-se que a organização do processo de trabalho deve incorporar as noções básicas da dimensão cuidadora na produção de saúde. Deve, ainda, no que diz respeito à Saúde Mental, organizar-se segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica. Merhy (1998) aponta que produzir saúde requer a valorização do acolher, do responsabilizar, do resolver, e do autonomizar, ou seja, um agir cumpliciado do profissional com a vida individual e coletiva do usuário. Acrescenta que cuidar significa um encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um jogo de necessidades e direitos em que o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção que lhe permita recuperar, ou produzir, graus de autonomia.

Neste estudo, observou-se que a articulação das equipes especialistas e das ESF na rede de atenção à Saúde Mental tem sido um dos principais desafios para a construção da rede de cuidados no DISAP. Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de responder à complexidade das demandas, garantir resolutividade e promover a autonomia e a cidadania dos usuários.

A análise dos dados permite reconhecer que a rede de cuidados é complexa e diversificada na base territorial. Porém, a porta de entrada configurada para a AB ainda não se constitui como o acesso prioritário do usuário na rede de cuidados, deixando de ser referência para a necessária construção de sua autonomia sua inserção na vida da sociedade.

Para o Ministério da Saúde, base territorial não é apenas uma área geográfica, mas a apropriação de uma parcela geográfica por um indivíduo ou uma coletividade. O território é constituído, fundamentalmente, pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e seus

cenários, enfim, um espaço de laços sociais. É nessa perspectiva que se busca organizar uma rede de cuidado para os usuários e suas famílias (BRASIL, 2004).

A SMSA (2007) acrescenta que o território é o ordenador político-social dos serviços e ações. Tanto para o PSF quanto para a Saúde Mental o território não está dado; é algo para ser construído, por intermédio de ações coletivas com instituições e moradores, ampliando, assim, os espaços de discussão e oportunidades para todos que nele coabitam.

Nesse sentido, a política de Saúde Mental do município explicita que os CERSAMS surgem como uma aposta de composição de uma assistência à SM mais articulada ao território, introduzindo o referenciamento por microrregião no trabalho cotidiano das equipes e valorizando o território de inserção do usuário quando os encaminhamentos se fazem presentes.

Observou-se neste estudo que a relação entre CERSAM e os diversos níveis de atenção procura garantir um atendimento de qualidade, com pronto acesso ao usuário em crise, evidenciando ser esse um espaço de produção de novas práticas para lidar com o usuário da Saúde Mental, diferentemente, das práticas tradicionais já mencionadas.

Onocko-Campos e Furtado (2006) assinala, no entanto, que romper com a estrutura teórica e prática do modelo asilar não é uma tarefa fácil, a qual requer de todos os envolvidos na assistência rupturas de ordem ética, epistemológica e política em relação ao *status quo* representado pela atenção tradicionalmente prestada pela rede pública e conveniada de Saúde Mental, sobretudo nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos.

Para Amarante e Torres (2001), é necessário romper com o método epistêmico da psiquiatria, o conceito de doença mental como erro, desrazão e periculosidade, o princípio pineliano do isolamento terapêutico e, finalmente os princípios do tratamento moral que ainda embasam as terapêuticas utilizadas nos serviços de saúde.

Guattari (1986) acrescenta:

Doença mental, a meu ver, não pode se definir sob um único aspecto. Ela envolve sempre elementos de ordem pessoal, conflitos de funcionamento de personalidade, relações de ordem sexual, relações de casais, relações no seio da família, problemas de ordem microsocial, dimensões institucionais, questões de trabalho, de vizinhança, de modo de vida. Ela envolve, inclusive, dimensões econômicas e dimensões de ordem moral,

estética e religiosa. A doença mental é alguma coisa que se agencia no conjunto desses níveis, mesmo que o que aparece seja unicamente um sintoma no corpo (GUATTARI, 1986:246).

Essas questões devem permear a organização do processo de trabalho desses serviços substitutivos, particularmente complexos, que devem estar alinhados aos princípios do SUS orientadores da rede, buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo diariamente os casos graves e referenciando-os para a continuidade do cuidado para os demais serviços.

Considerando essas questões analisam-se a seguir, os discursos dos participantes desta pesquisa, pontuando as duas subcategorias que emergiram e que apontam como a rede está configurada.

5.2.1 A rede de cuidados: impasses e estratégias de superação

Nesta categoria, foi analisada a organização do processo de trabalho das equipes. Discute-se como as equipes responsáveis pela continuidade do cuidado para o usuário da Saúde Mental realizam o acolhimento na perspectiva de sua inserção na rede de cuidados. As redes oferecem abordagens multidisciplinares, além de possibilitar ações coletivas combinando diversos atores e recursos.

Para Colvero (2008), a importância da configuração da rede de cuidados de saúde parte da premissa de que, de forma isolada e sem articulações entre si, os serviços de saúde são incapazes de reunir a totalidade dos recursos e competências necessários à solução dos problemas de saúde da população.

A autora acrescenta que o conceito de rede é definido como a representação nuclear da integração dos serviços de saúde, já que esta, por sua vez, consistiria em coordenar as práticas clínicas em determinado tempo e espaço, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações (COLVERO, 2008).

Figueiredo e Campos assinalam o desafio de se construir uma rede de atenção que garanta a integralidade e continuidade do cuidado na SM pontuando o descompasso entre as práticas de Saúde Mental e as práticas de saúde em sua acepção mais ampla. Para esses autores:

Uma atenção integral, como a pretendida pelo SUS, só poderá ser alcançada através de trocas de saberes, práticas e de profundas alterações nas estruturas de poder estabelecidas, instituindo uma lógica do trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede interligada de serviços de saúde a qual permita a articulação de ações que, em saúde mental, é uma necessidade inquestionável (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008:144).

No conjunto dos discursos dos profissionais entrevistados e usuários participantes dos grupos focais evidencia-se que a rede de serviços está organizada, ainda que de forma incipiente, segundo os princípios da RP e da RS. No horizonte, estão os pressupostos dessas reformas e ainda se faz muito esforço no cotidiano da prática dos profissionais de saúde para alcançá-los. É na interface desses dois campos que se esperam modificações em diversas dimensões, resultando um novo olhar sobre a loucura e suas abordagens.

A análise dos dados permite também constatar a necessidade de se refletir sobre a criação de práticas e de estratégias de ação, dada à cultura hierárquica observada nas relações profissionais. Rosa *et al.* (2005) assinalam que a verticalização e a normatividade dos projetos de Saúde Mental, aliadas ao caráter prescritivo e autoritário, dificultam, muitas vezes, a adequação da assistência psiquiátrica às realidades locais e ao controle social, fundamental para a avaliação do processo.

Nesse sentido, diferentes fragilidades ou contradições na rede de serviços foram apontadas pelas ESF, que, usualmente, enfrentam problemas de diferentes ordens, técnicas e conceituais na atenção ao usuário da Saúde Mental. Um entrevistado afirma:

Um avanço foi o investimento na atenção primária da saúde. Agora, você ser a primeira porta de entrada é um nó que tem que acabar. Eu acho que a gente não pode ser porta de entrada para tudo. A gente fica apagando incêndio. Chega de tudo aqui, tudo mau-tratos, violência sexual, droga, depressão. Então eu acho que isso aí que dificultou um pouco. Então, eu não acredito muito ainda nessa entrada pela rede básica ou até do PSF continuar acompanhando os pacientes da Saúde Mental com o nível de informações que eles têm (E19).

Outro entrevistado aponta a fragilidade da rede

Aí, eu acho que dificultou muito. A própria população cobra isso da gente, porque ela tem um anseio grande. Ela tem uma necessidade de resolver aquele problema dela, aquela depressão, aquilo que ela está sentindo na hora. E quem acompanha? Acompanhar hoje no PSF é por uma questão de

muita boa vontade, muita disponibilidade. Mas não são muitos que fazem esse acompanhamento, porque eles se cansam, realmente (E14).

Paralelamente a essas questões, os entrevistados assinalaram que os próprios profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento do usuário na AB ao lado dos familiares, têm dificuldades para aceitar as inovações propostas pela política de SM do município:

Eu acho que, no fundo, inconscientemente, eu acho que existe uma certa dificuldade dos profissionais do PSF estarem assumindo os portadores de sofrimento mental. Eu acho que é uma omissão. A questão da periculosidade, que eles são agressivos, eu acho que existe muito no inconsciente o medo da loucura, sabe. Eu percebo isso, sim. A luta antimanicomial agora não é mais com o paciente, porque, muitas vezes a dificuldade é com nossos colegas, é do que fazer com essa demanda (E2).

Eu acho que a gente está vivendo um momento de muito desafio em relação aos profissionais, nossos colegas de trabalho. Não estou fazendo uma crítica de forma pejorativa dos profissionais, não, mas eu acredito, eu percebo, não é particularmente, é na prática que existe uma dificuldade da recepção do generalista em receber o usuário da Saúde Mental (E8).

Então, assim, eles não compreendem, não entendem, não têm essa leitura que a gente está procurando informar para eles. O portador de sofrimento mental tem condição de viver socialmente. Ele é uma pessoa que tem o direito de viver com convívio do outro. O paciente pode ficar em casa e tratando aqui no CERSAM (E4).

O Centro de Saúde é aquele movimento de tantas pessoas por dia, aquela demanda, aquela coisa, mais o acolhimento. Como é que a gente vai conseguir fazer o acolhimento da Saúde Mental? Tem uma fila enorme esperando (E22).

Depreende-se, dos relatos que o especialista da ESM fala das concepções sobre a loucura assumidas pela ESF. O generalista pontua que a demanda aumentada pode sobrecarregar: dois nós críticos para a integração acontecer realmente.

Infere-se que é necessário um acompanhamento sistematizado das equipes do PSF, que ficam na retaguarda do cuidado, com destaque para a organização da rede e seus dispositivos. O diálogo entre as ESM e a ESF se apresenta, muitas vezes, distinto, não partilhando da mesma lógica, e esse diálogo nas diferentes modalidades é necessário para avançar na política de SM.

Rosa *et al.* (2005) assinalam que a inserção da SM na AB tem revelado uma relação conflituosa entre o discurso e a prática. Ressaltam que o despreparo dos profissionais, da família e da comunidade para lidar com o sofrimento psíquico

tem se tornado cada vez mais evidente, e a medicalização dos sintomas foi percebida, muitas vezes, como uma indisponibilidade no atendimento aos problemas psíquicos, somados à ausência ou ineficiência dos serviços de referência.

Relata um entrevistado:

Oh, eu não sei se eles fizeram para complicar ou se a intenção é boa, porque antes funcionava assim, tinha o acolhimento da Saúde Mental. Agora de acordo com a Secretaria eles têm que passar pelo PSF. Eles passam pelo Médico de Família. O Médico da Família, ele medica e faz um relato e espera uma reunião mensal para passar os casos para a psicóloga da ESM (E3).

Pode-se inferir que a necessária articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica e a busca de uma maior interlocução entre os atores envolvidos na rede de cuidados vem sinalizando um desafio no cotidiano das práticas dos profissionais na rede. Muitos profissionais se posicionam diante dessas demandas numa relação de dependência de outros saberes para compartilhar os planos de cuidados para essa clientela.

Esse desafio coincide com a expansão e a qualificação da AB, organizada pelo Programa de Saúde da Família. Parte das prioridades políticas que o Ministério da Saúde implementa têm como propósito oferecer oferta de serviços com qualidade, resolutividade, de forma integral, contínua e próxima à residência das pessoas.

O PSF pressupõe a reorganização da atenção em saúde no País, mediante a adscrição geográfica de uma clientela a uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), responsável por ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde (BRASIL, 1997).

Há que se reconhecer os avanços nesse processo, como a inclusão de parcelas significativas da população na oferta dos serviços e o aumento da resolutividade, com a implementação de políticas de atenção à saúde mais abrangente. Porém, infere-se que muito pouco se avançou nos princípios finalísticos, como o da integralidade das ações, da equidade e da humanização do atendimento.

A Atenção Básica, locus preferencial e reconhecido como porta de entrada, ganha contornos diferenciados com essa estratégia, escolhida

nacionalmente para reorganizar a AB, apontando caminhos a serem construídos para as desejáveis mudanças preconizadas pela RPB.

A AB encontra-se priorizada, mas convive-se no cotidiano dos serviços com a oferta fragmentada do cuidado, a supervalorização das especialidades e a baixa resolutividade das ações (MERHY *et al.*, 2003).

Um programa com tal dimensão enfrenta muitos desafios como, o necessário suprimento de recursos humanos em quantidade e qualidade para fazer frente às metas preconizadas na transformação do atual quadro sanitário do País. Nesse cenário em construção, convive-se com o sofrimento psíquico, como agravo de alta prevalência (BRASIL, 2001).

Para o MS (2003) grande parte das pessoas com transtornos mentais leves está sendo atendida na AB. Queixas como psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos e transtorno de ansiedade menos grave vêm compondo cada vez mais a agenda das ESF.

O relatório da OMS sobre a Saúde Mental no mundo revelou que os transtornos mentais e comportamentais são comuns entre as pessoas que procuram os serviços de saúde na AB, ressaltando que o controle e o tratamento no contexto da AB são fundamentais para que um maior número de pessoas tenha acesso de forma mais rápida aos serviços de saúde (OMS/OPAS, 2001).

Enfatiza, ainda, esse documento que nesse nível de assistência não só proporciona melhor atenção como também reduz os desperdícios por investigações diagnósticas desnecessárias e tratamentos inespecíficos ou inapropriados (OMS/OPAS, 2001:148)

Assim, o Ministério da Saúde (2003) está construindo nos últimos anos as diretrizes e condições para que a rede de cuidados em Saúde Mental estruture-se a partir da AB, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Contudo, os discursos evidenciam dificuldades das ESF para trabalhar de forma eficaz com as demandas de Saúde Mental, referindo-se que, mesmo que o façam, o suporte técnico as equipes é inadequado para articular as propostas teóricas com o vivenciado na prática. Os achados empíricos nomeiam essa dificuldade quanto ao excesso de demanda no cotidiano do serviço e á falta de conhecimento das equipes do PSF para acolher esta clientela, dentre outras questões:

[...] então, está hipersaturado e isso em qualquer área, não é só na clínica. Não é só na psiquiatria. Você pode ver na ginecologia também, na pediatria também. Isso está sendo geral. O atendimento dos postos de saúde, a demanda por especialidade em Belo Horizonte, está aumentando assustadoramente e não está tendo reposição de oferta de serviço. Na psiquiatria, isso também reflete. O ruim é que os pacientes estão sendo desinstitucionalizados e jogados dentro de casa pra família tomar conta e a demanda esta reprimida (E20).

O PSF já está sobrecarregado por si só e ainda tem mais essa porta de entrada de pacientes de sofrimento mental que vão entrar pelo PSF também. Isso pode, não sei se vai começar, mas isso pode começar a sobrecarregar demais o PSF e começar a ter uma demanda reprimida, não atendida do paciente que não consegue ter acesso ao PSF e, posteriormente, à Psiquiatria (E23).

De forma semelhante, outros entrevistados aprofundam um pouco mais na questão da demanda:

Eu acho assim: no meu ponto de vista, o PSF, no apoio de Saúde Mental, é fundamental. E aí abre um leque, porque o que estava escondido veio à tona. Por isso mesmo que aumentou a demanda (E7).

[...] eu percebo aqui que há tendência maior, por exemplo, da demanda do PSF para atender criança, ginecologia. Mas a Saúde Mental é diferente. Eu percebo que existe uma resistência diferente. Mas eu não sou psiquiatra, não sou psicóloga, não tenho costume com isso, o que eu vou fazer com esse paciente? (E2)

Então, eu acho que o profissional do PSF é um profissional que a gente deveria ter mais cuidado com ele. A prefeitura devia ter mais cuidado com ele. E, às vezes eu vejo que tem que ser muito corajoso. Eu fico exigindo, exigindo, propondo que eles se apropriem mais, que eles apreendam mais sobre Saúde Mental. Mas Saúde Mental é uma parte do que eles fazem. Tem ginecologia, tem pediatria. É um universo em que a Saúde Mental é uma parte do que eles fazem (E10).

Apesar de preconizado que a porta de entrada dos usuários no atual modelo da SMSA seja de responsabilidade das equipes do PSF, o processo de inserção desta prática, segue compassos diferentes na rede. Revelam os depoimentos que quando a necessária interface da SM com a AB ocorre de forma efetiva a inserção do usuário no seu território de abrangência é facilitada.

A porta de entrada, a não ser que seja caso muito grave, deve ser o Centro de Saúde, e o PSF deve bancar a manutenção daquela receita, atender e tal. Vamos ver, estamos caminhando. Acho que é ir tentando e isso é bom para eles. Eles ficam perto de suas casas[...] Eu acho que é uma visão integral da saúde, um aspecto, a questão da integralidade, as ações de prevenção e de promoção, e é nisso que estamos apostando (E9).

[...] nós trabalhamos junto com o PSF, e intervir, por exemplo, no ambiente que esse usuário vive, porque isso sim é um fator de adoecimento. Então,

essa visão mais global do paciente, eu acho que é fundamental, pois há a possibilidade de diálogo, onde você tem profissionais que acolhem bem, e é claro que isso é mais saudável (E17).

Esses enunciados apontam uma saída para a questão da integração das ESM com o PSF, que inclui a família como um núcleo oportuno de intervenção, em que o território de inserção do usuário é reconhecido como um espaço terapêutico para além do consultório.

Para Pereira (2007), essa parceria com o PSF retira o profissional “psi” do centro de condução de uma parcela significativa de casos, estabelecendo um reposicionamento dos profissionais de forma menos narcísico e mais generosa, especialmente no que diz respeito à transmissão do conhecimento. Diante dessa realidade um entrevistado assinala:

Quando você passa a trabalhar junto com o PSF, muda todo olhar que você tinha com aquele paciente. Você acaba não vendo só o que o paciente fala; você acaba vendo toda a família, que estrutura familiar aquele paciente tem, e isso acaba mudando o rumo da terapia. Eu acho que precisava mesmo de se pensar em uma formação mais cuidadosa para os profissionais do PSF (E4).

Estamos, então, em um momento de fortalecer essa relação com essa nova estratégia que se criou, e essa interlocução pode melhorar para eles se sentirem mais autorizados para estar atendendo esses pacientes (E19).

Por outro lado, fica explícito que a incipiente interlocução das equipes de PSF com a Saúde Mental obstaculiza o atendimento mais fluído ao usuário:

Preocupa-me muito essa questão de falar assim: vão descentralizar, vai para a Saúde da Família, porque agora tudo é Saúde da Família. Tirou de lá onde estava todo mundo e mandou para cá. É o que eu te falei no início, essa questão de ter o que fazer o que a gente pode fazer com esse paciente? (E6)

Ainda tem muito que avançar. Porque eu acho que está todo mundo ainda muito armado. Eu tenho que provar ao Centro de Saúde que aquele paciente pode ficar lá, e eles querem provar que o paciente pode ficar aqui. Eu acho que talvez nisso um não escuta o outro. Acho que agora é que a gente tem que amadurecer esse ponto (E10).

Para além dessas questões, a análise dos dados aponta que as equipes lidam diariamente com situações de faltas concretas, advindas muitas vezes, da forma de inserção social, política e econômica. Essas situações são favoráveis ao desconforto existencial e se caracterizam, muitas vezes, como sofrimento psíquico.

Isso requer das equipes uma atuação transversal com outras políticas sociais do município, com vistas a otimizar o cuidado.

Figueiredo (2006), em sua pesquisa, buscou identificar articulação entre as ESF e as ESM no município de Campinas tendo chegado a conclusões desconcertantes sobre a mudança da lógica de trabalho proposta pelo MS. A autora pontua que trabalhar em rede não é uma atividade fácil de ser assumida pelas equipes, e isso não ocorre automaticamente com a determinação das diretrizes emanadas. Para a autora, aliado aos preconceitos, prevalece a dificuldade de entrar em contato com o sofrimento do outro, a sobrecarga trazida pela lida diária com a pobreza, com a violência, fatores que têm sido colocados como possíveis entraves para a articulação da rede de forma eficaz.

Um contraponto sobre os desafios da Saúde Mental na Atenção Básica é sinalizado por Lyra (2007). Para a autora, o sofrimento psíquico está cada vez mais presente na sociedade, que, de forma sistemática sendo enfrentado com os tradicionais artefatos bioquímicos e tecnológicos, sem avançar nos pressupostos consagrados pela Reforma Psiquiátrica. Pontua que as soluções exclusivamente técnicas para o enfrentamento de questões cruciais vivenciadas no nosso cotidiano como a persistência da violência e as desigualdades de inserção social, requerem um avanço do conhecimento científico.

Afirma a autora que no enfrentamento desses desafios alguns paradoxos precisam ser trabalhados, como: incluir a individualização do sujeito, para que sua subjetividade seja escutada; e admitir a responsabilização compartilhada, com uma análise singular de cada caso, excluindo, de certa forma, à lógica do encaminhamento (LYRA, 2007).

Colvero (2008), em seu estudo sobre estratégias de atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica e a maneira como se articulam os serviços de saúde de determinada região do município de São Paulo, para produzirem o cuidado ao usuário da SM, revelou que a configuração da rede assistencial apresenta dificuldades na articulação entre os serviços de saúde do território. Essas dificuldades são decorrentes das barreiras de acesso à atenção especializada, o que propicia a emergência de crises psiquiátricas, a trajetória recorrente e frequente do usuário ao serviço de emergência e uma lacuna na prestação do cuidado de saúde contínuo e global.

Outro estudo sobre a temática pontua o atendimento na AB em um bairro periférico do município de Maceió, que acontece apenas pelas equipes do PSF, no qual ficou constatado que o cuidado ao portador psíquico na AB tem sido medicalizado, fragmentado e centrado no hospital. Aponta, ainda, que os profissionais de saúde, assim como as famílias, têm reproduzido a lógica do internamento psiquiátrico, que é reforçada pela insuficiência de recursos e ineficácia do sistema público local (BRÊDA, 2001).

Para a autora, o PSF não tem sido capaz de mudar a lógica da atenção que perpetua suas ações orientadas no modelo biomédico. A forma de cuidar em saúde dos envolvidos nessa pesquisa não incorpora os pressupostos da RS e RP (BRÊDA, 2001).

Acrescenta, ainda, que a penetração nas redes sociais é tímida e que a dinâmica das ações é passiva e individual, sendo que a abordagem orientada na escuta, no acolhimento e no vínculo é raramente utilizada. Neste estudo, a análise dos achados empíricos constatou que a implementação de uma política pública que contemple os usuários em sofrimento psíquico no contexto da Atenção Básica requer o reconhecimento de que ainda existe a supremacia do modelo biomédico na organização das ações de saúde (BRÊDA, 2001).

A inserção da Saúde Mental na AB exige de um lado, o envolvimento e a corresponsabilização de todos os atores na atenção à saúde; e, de outro, a necessária ruptura com os antigos padrões assistenciais, reinventando no cotidiano outras formas de cuidado.

Loyola faz uma reflexão sobre os desafios da SM na AB salientando que:

[...] o momento em que vivemos hoje no que diz respeito à atenção psiquiátrica é de transição com a oferta de dois modelos vigentes – os hospitais psiquiátricos de um lado, e os CAPS e a assistência no território, ou seja, a atenção primária, do outro – que deveriam ser tidos como campos antagônicos, mas cuja convivência se não forçarmos a reflexão e a discussão, poderá naturalizar-se como modelos complementares (LOYOLA, 2007:8).

Este estudo revelou que há que se pensar neste momento de transição que vivemos. Contudo, deve-se ressaltar que o caminho traçado e percorrido pela SMSA na construção do modelo assistencial em SM incorpora o apoio matricial das equipes, apostando nas orientações da interface da Saúde Mental com a saúde da família.

Reconhece-se que a proximidade das equipes do PSF com a comunidade constitui um recurso estratégico para viabilizar essa interface. Sinaliza-se, porém que romper com as práticas psiquiátricas tradicionais, orientadas pela referência e contrarreferência, e que repercutem, quase sempre, numa desresponsabilização pela produção da saúde, constitui-se um desafio de todos os dias

Às vezes, a gente começa até a virar bode-expiatório das equipes de PSF, porque eu acho que a culpa é até mesmo da história da psiquiatria, que se apropriou, de certa forma, do portador de sofrimento mental, é[...] internando, hospitalizando. E agora, a gente quer que esse paciente, e o projeto também fala muito disso, que eles convivam livremente e frequente os mesmos lugares, das pessoas ditas normais (E2).

Os discursos dos usuários que participaram do GF mostram que a AB não é reconhecida como porta de entrada no sistema e sim o CERSAM que se configurou com o local para o seu tratamento

O Cersam é tudo de bom. Então se você tem uma coisa na cabeça, uns pensamentos, um comportamento duvidoso, agressivo, pô, para que dá choque? Para que tratar subumanamente? Já o posto de saúde, eu acho fundamental para a sociedade em geral, o CERSAM para Saúde Mental. O posto de saúde é quase igual a muitas clínicas médicas de todas essas especialidades e ameniza o salário, porque não vai ter que pagar consulta, porque não vai ter que pagar passagem, não vai superlotar os hospitais (GF2).

Esse não reconhecimento da porta de entrada do usuário pela AB, aliado a todas as questões já mencionadas, retrata que o caminho trilhado enfrenta dificuldades na sua operacionalização.

Pode-se dizer que a rede configurada para o acolhimento do usuário em crise está bem definida. Essa porta de entrada nos serviços substitutivos tem sido reconhecida como um lugar de escuta e resolutividade que orienta o usuário em relação tanto ao seu próprio problema quanto ao funcionamento dos demais serviços da rede.

O que acontece é que já são quase onze anos de existência do CERSAM. Então os pacientes já estão muito acostumados com esse espaço. Sabe, eles vêm primeiro aqui quando precisam de um atendimento. Depois é que encaminhamos para o Centro de Saúde, ou Centro de Convivência. Essa mão tem que ser invertida (E10).

Por sua vez, o usuário participante do GF identifica o serviço substitutivo como sendo o espaço legitimado e reconhecido como a porta de entrada no momento de crise:

Quando eu piro, eu vou para o CERSAM, que é a cura milagrosa, como falam de Deus. Não é um manicômio, não. O CERSAM dá cafezinho, dá almoço, janta. A gente dorme lá, tem televisão, vídeo, DVD (GF1).

O CERSAM, o que eu queria falar é isso é bacana: tem terapeuta, tem remédio, tem cuidado. Igual eu te falei, cuidado bom e ruim, por parte de funcionários. Até paciente também, tem divergências biológicas e tudo mais, por que doido não tem ponto de vista bom e ponto de vista ruim, ideologia boa e ideologia ruim, mas tem divergências biológicas, mas todo lugar tem. Agora eu só vou para lá quando fico doente (GF2).

Ancorado em sua experiência, o usuário reconhece, nem sempre identifica como tal, mas reconhece todo o aparato terapêutico disponível em um serviço substitutivo. Pode-se compreender esse discurso como uma descrição de tudo que oferece um serviço e até enquadrá-lo como sendo assistencialista. Pode-se, por outro lado, compreender que este usuário reconhece cada ação cotidiana como parte de um grande projeto terapêutico. E assim o é. Talvez o maior milagre seja mesmo, para além de todo o aparato químico disponível, constituir-se como um espaço em que o comer, o dormir, o ver TV sejam momentos nos qual a autonomia e, mais, a condição de sujeito é considerada e resgatada, tornando-se algo real, não se importando se esse sujeito se apresenta delirante, desorganizado ou inadequado.

Os dados indicam que, a despeito de um espaço acolhedor, a certeza de que o serviço substitutivo é um local de tratamento é clara para esses entrevistados. Já não cabe mais a idéia de que é preciso delimitar espaços para o louco circular. Seu espaço é a cidade.

Os discursos desses dois últimos entrevistados revelam uma realidade do usuário da rede, que precisa ser escutada e apreendida pelos profissionais. É preciso compreender de forma mais detida os diversos sentidos do cuidar em Saúde Mental para, assim, vislumbrar dispositivos, possibilidades, parcerias necessárias e recursos disponíveis no território.

A importância de o usuário compreender a organização da rede de serviços para a sua inserção e possíveis encaminhamentos na rede foi manifestada pelos profissionais entrevistados:

Para o usuário chegar até a Saúde Mental, ele deve passar pelo PSF. O médico vai avaliar se realmente é um caso para Saúde Mental ou é uma depressão leve que ele pode estar sendo acompanhado pelo generalista. Aqui, a gente tenta trabalhar em conjunto com o PSF. O acolhimento deve ser feito pela própria equipe do PSF, e não pelos profissionais da equipe Saúde Mental. E falamos isso para os pacientes, para eles entenderem esse fluxo (E12).

Acho que os pacientes têm que entender que a Unidade Básica tem, sim, condição de estar acolhendo esses usuários, mesmo que não seja propriamente para que o seu tratamento seja todo feito lá, mas para que ele circule lá e aqui (E9).

A proposta da RP, para além da lógica que orienta a inserção e o trânsito dos usuários na rede de serviços, deve ser compreendida por todos: usuários, familiares e profissionais. Caso contrário, a única lógica que prevalecera será a da resolutividade, no momento da 'crise'. Circular pelo PSF seria algo que transcende essa questão. Envolve o estabelecimento de vínculos do usuário com outros espaços, o que poderia resultar em um cuidado contínuo, ao lado de sua inserção no território.

Para Figueiredo e Campos (2008), cada um dos atores sociais e os serviços envolvidos na atenção podem se destacar na rede e favorecer um entrelaçamento de ações e relações. Para esses autores, a rede deve ser

[...]pulsante e viva, que se movimenta para dar sustentação às necessidades dos usuários, que seja sem centralidade, porém suficiente para agenciar as demandas dos usuários e se transformar em um suporte efetivo para as dificuldades que esses usuários possuem (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008: 145).

Assim, destaca-se a necessidade de integração dos serviços presentes no território. Alguns profissionais entrevistados têm clareza sobre a dinâmica do trabalho em rede e reconhecem ser esse um recurso estratégico para a atenção à SM, acrescentando que a porta de entrada deve ser a AB:

A porta de entrada, deve ser o Centro de Saúde vamos ver, essa é uma estratégia que pode dar certo. Estamos encaminhando os pacientes. Acho que é ir tentando (E22).

Outra possibilidade que a rede oferece é o acompanhamento realizado pelo especialista da SM, que atende em Unidades Básicas e figura como referência num quantitativo de quatro ESM que são referência para os nove Centros de Saúde

do DISAP. Acontecem, ainda, propostas diferentes, que, certamente, respondem à particularidade de cada usuário.

É uma coisa que, por exemplo, tem sido feita uma experiência muito interessante. O usuário ele mantém o vínculo no CERSAM. Ele continua, por exemplo, num determinado tempo pegando a medicação aqui, mas já começa a fazer a psicoterapia na Unidade Básica com as equipes de Saúde Mental (E17).

Yasui e Costa-Rosa ao elaborarem uma reflexão sobre os desafios cotidianos da SM, comentam sobre as dificuldades dos profissionais de ouvir o sujeito e sua dor além da doença, de forma a articular os sintomas e sinais em um quadro mais amplo e complexo, pontuando que

raramente esses profissionais estabelecem diálogos que produzam uma integração com outros profissionais que trabalham a seu lado; não compreendem as dificuldades das pessoas em aderir ao tratamento estruturado dessa forma; estranham e se incomodam com as reivindicações das pessoas a respeito de seus direitos; apresentam grandes dificuldades em construir estratégias que ampliem a participação e autonomia dos usuários (YASUI; COSTA-ROSA, 2008:30).

Os autores acrescentam que a mudança de paradigma da RP não é uma agenda específica da SM, e sim um compromisso a ser assumido no conjunto de transformações práticas que contribuem para a construção do SUS, em que a saúde deve ser reconhecida como decorrente dos modos de viver, incluindo todos os aspectos psíquicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais nesse processo (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Esse desafio está presente no cotidiano das equipes, o que compromete a oferta de uma assistência com qualidade para o usuário da Saúde Mental na rede de cuidados. Para os entrevistados:

É difícil. Não é fácil você ouvir com paciência, relacionar sua queixa com seu modo de vida, saber que aquele cara está precisando de atendimento, de uma escuta diferente, e esse é um direito dele. Acho que precisa ser investida mais a forma de lidar com o portador de sofrimento mental, tentar tirar esse estigma, que ainda é muito forte e que só o CERSAM resolve (E22).

Esse tipo de demanda, a gente sabe que para o Centro de Saúde é difícil. Aqui é uma porta aberta para todo tipo de demanda. Vem gente de todo tipo. Mas eu acho que é isso, isso que é uma assistência integral. Está preconizada assim. As pessoas é que não estão preparadas, não têm

tempo para escuta, sabe. Qualquer coisa diferente de comportamento é Saúde Mental e aí a gente encaminha (E20).

De acordo com a linha guia de Saúde Mental elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2006) enquanto as ESM ocupam suas agendas predominantemente no atendimento dos casos cujas razões e objetivos não são claros, nem para eles nem para os profissionais que os acompanham, muitos atendimentos deixam de ser priorizados assinalando:

Os portadores de sofrimento mental grave, ou psicótico, não costumam encontrar espaço e tempo nas unidades básicas: quando atendidos, geralmente são pacientes já estáveis, que ali recebem apenas uma renovação da receita visando “manter o quadro”. Por conseguinte, é preciso operar uma inversão: os casos mais graves, inclusive os agudos, devem ser priorizados em qualquer serviço de Saúde – inclusive na unidade básica. Esse não é um movimento fácil de fazer. Contudo, sua realização é indispensável, se queremos assegurar à unidade básica um papel efetivo na rede de atenção aos portadores de sofrimento mental (MINAS GERIAS, 2006:54).

Os discursos revelam a dificuldade de operacionalizar essa afirmativa, uma vez que o atendimento ao usuário em crise já está demarcado no CERSAM e os médicos generalistas não se sentem aptos para trabalhar com essa demanda. Esses profissionais contradizem o pressuposto da linha guia, afirmando:

Então, já tem um mês que o paciente está em sofrimento mental, não está bem controlado, porque precisa de especialista, e eu estou segurando o encaminhamento que eu fiz para poder passar para o psiquiatra hoje. Tenho pouco conhecimento na área e pouco tempo para lidar com o usuário de SM. Então tem uma demanda aí. Não deveria, mas é assim. Paciente que está com caso mais grave, por exemplo, a gente até pode passar o caso para a psicóloga, que tem o acesso ao CERSAM com mais facilidade e discutir o caso lá. Mas até então isso está resolvendo pouco. Está todo mundo esperando a reunião, a avaliação com o psiquiatra hoje. Pelo que eu vi aqui eu já devo ter uns oito casos para passar para ele (E1).

Não basta saber só o remédio que dá; tem que saber o que pode dar, se dá e como dá. Então, tem que ter um conhecimento um pouco maior não só dos medicamentos, mas também das técnicas de lidar com o paciente. Isso nós não temos. Essa informação, em geral, nós temos pouca. E o pior de tudo é que nós não temos tempo nem de correr atrás dessas informações, e muito menos de fazer grupo operativo com esse paciente (E6).

A análise dos dados da entrevista revelou ainda que alguns profissionais das ESM presentes na AB, muitas vezes, graças à formação específica para este tipo de atendimento, assumem uma postura ativa nas suas práticas de acolhimento, apresentando respostas e saídas para as demandas dos usuários de SM. Esses

profissionais adotam diversas estratégias de orientação e solução imediata do problema de saúde apresentado pelo usuário e pelo encaminhamento para outros serviços da rede de saúde.

Agora, a gente faz o acolhimento daquele paciente, avalia a situação. Às vezes, requisita naquele momento uma reavaliação da medicação da prescrição psiquiátrica, encaminha e comunica para o técnico de referência, considerando a microárea do paciente. Se você cria um bom vínculo com ele, isso facilita a transferência, facilita com que ele se aproprie do tratamento (E9).

Hoje, quando o paciente chega, passa pelo acolhimento da equipe de Saúde Mental, a gente avalia de acordo com o quadro que se apresenta, a gente marca uma terapia ou então encaminha para o psiquiatra para estar fazendo a medicação, caso necessário (E 12).

A análise dos dados permite inferir a necessidade de o profissional conhecer o funcionamento do serviço e de orientar o usuário com relação a isso, estando a eficácia do atendimento sujeita a essas tarefas que ele deve cumprir. Entretanto, surgem alguns impasses:

Eu não tenho duvida nenhuma que o acolhimento quando bem feito passa segurança para o paciente. Olha está aqui! Se você explica, você fala da importância desse encaminhamento para ele, se efetiva, com certeza [...] A gente vê esse retorno. Agora, nós precisamos mesmo é de equipar as ESM com mais profissionais. Esta insuficiente. Estou percebendo que os profissionais estão cada vez mais estressados, sabe, muita gente pedindo demissão porque não está dando conta. Fica difícil. Às vezes, o usuário começa a reclamar ou o psiquiatra não receitou, ele tinha que ter receitado, mas não receitou porque estão querendo colocar Belo Horizonte dentro de Sabará (E2).

Para Campos (1998), o acolhimento deve ser considerado como uma proposta de reorientação da Atenção à Saúde, uma estratégia fundamental para a reorganização da assistência de saúde, visando ao acesso universal, à melhoria na qualidade dos serviços, e favorecendo a relação usuário e profissionais.

Porém, o acolhimento do usuário da SM pela ESF tem sido configurado com a triagem desses para os profissionais das ESM. Dar visibilidade e refletir sobre os sentidos que o acolhimento ocupa no cotidiano do trabalho desses profissionais no processo de cuidado em saúde é de fundamental importância, sobretudo quando se pensa o acolhimento como uma prática que promove a inclusão dos usuários no SUS.

Construir uma noção de cuidado e cuidar a partir desses princípios tem sido um desafio no cotidiano para todos os atores envolvidos, uma vez que a lógica que orienta o processo de trabalho na SM advém de um modelo fortemente marcado pelo caráter clínico de enfoque individualista, pela doença e pela medicalização.

Ainda que os problemas de saúde sejam reconhecidos como multicausais, prepondera o modelo biomédico. A supremacia do saber/poder da profissão médica sobre os demais profissionais na condução da terapêutica continua mantendo certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos. Tradicionalmente, o atendimento ao usuário da SM esteve sob a tutela de psiquiatras e psicólogos.

Os dados permitem inferir, no entanto, que na SM, no espaço do CERSAM, isso se encontra mais diluído, uma vez, que o trabalho é realizado por equipes multidisciplinares, compostas por assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional, entre outros, o que constitui uma questão inovadora no processo. A participação de outros técnicos no tratamento trouxe a possibilidade de outras relações e experiências com a loucura, ancoradas nas reuniões de equipe, que acontecem em todos os serviços e tem dado sustentação a política de SM (SILVEIRA; ALVES, 2003).

A preponderância do profissional médico na condução terapêutica dos casos da SM impera no PSF. A ação médica parece se tornar imprescindível. Possivelmente, pela certeza de que a intervenção química é inevitável e legalmente vetada aos demais membros da equipe. Observa-se aqui um paradoxo, pois mesmo contando com uma equipe para o trabalho, em realidade, busca-se segurança no saber/poder médico

Quando o usuário entra pelo PSF, o próprio médico vai passar a medicação. Agora os casos que são os mais graves, ele vai encaminhar para o psiquiatra. A agenda do psiquiatra, você imagina, é lotada, a demanda é muito grande (E12).

Há que se considerar que, diferentemente do que acontece em relação aos outros agravos, na SM os demais profissionais não dispõem de protocolos clínicos que preveem as condutas, incluindo a prescrição de medicamentos. A especificidade, inclusive legal, da prescrição de psicofármacos, unida ao desconhecimento que leva os profissionais a acreditarem na intervenção medicamentosa como a única possível ou eficaz, acaba por eleger o profissional médico como aquele que dispõe de tecnologia para realizar intervenções.

Assim os profissionais relatam as cenas cotidianas, transparecendo uma dificuldade de compreensão da forma como a rede deve se organizar:

Tem Centro de Saúde que não tem equipe de Saúde Mental. Mas a referência está em outro posto. Só o psiquiatra é que, muitas vezes, fica sendo referência para três Centros de Saúde por causa da medicação (E5).

Outros profissionais avançam, buscando alternativas, tais como a discussão de casos com as ESM:

Cada equipe tem o seu médico psiquiatra de referência. Então, eu discuto o caso. Normalmente, eu marco na agenda do psiquiatra um atendimento para ele avaliar e medicar os pacientes que eu acolho (E22).

Pode-se entender que a referência do profissional médico é fundamental para a continuidade do tratamento do usuário. Contudo, infere-se que só a medicação parece ser suficiente para a terapêutica, acrescido do poder médico nessas relações, que ainda continua hegemônico. Não se está negligenciando o valor da terapêutica, contudo a interdisciplinaridade é necessária para dar conta da complexidade da abordagem deste sujeito, além de se colocar como um quesito para desatar o nó da cronicidade.

Provavelmente, o que falta aos outros profissionais é a certeza de que existem outras tecnologias tão eficazes e eficientes quanto o medicamento para oferecer respostas eficazes para o usuário da SM.

Os discursos revelam que se a ausência do psiquiatra para atender à demanda, incluindo a prescrição da medicação, aumenta a chance do usuário de retornar ao CERSAM mesmo sem esse estar em crise psiquiátrica o que, de certa forma, cronifica o seu tratamento. Os profissionais do serviço substitutivo estão atentos à questão:

O CERSAM assume a revisão da medicação psiquiátrica quando a ESM está sem médico. Então, a gente tem feito um esforço para fazer um relatório esclarecendo que o CERSAM vai ser subutilizado se ele for colocado num lugar assim, de renovação de receitas (E20).

O CERSAM não é para renovar receitas. O CERSAM é para avaliar no momento da crise. Então, a gente vem tentando provocar um pouco essa conscientização. É pontual na crise, é nesse momento específico que a gente está dando uma assistência. Já vai finalizando isso nos primeiros atendimentos, seja com o próprio usuário, seja com o próprio familiar (E23).

Assim, diante da estreiteza de outras portas, constata-se que esse serviço, reconhecido e legitimado para o atendimento às crises psiquiátricas, assume outra função que não a preconizada pela política de SM do município.

Mas assim, talvez assim, com o tempo a gente virou urgência, virou ambulatório, virou Centro de Convivência, então o CERSAM virou um misto aí de tanta coisa, sabe de virar um misto de coisas. Até urgência a gente atende. Eu fico brincando aqui que até urgência a gente atende (E10).

Embora para a equipe inserida nesses serviços fique claro que o tempo de permanência do usuário nesses equipamentos deve ser o estritamente necessário e que seu encaminhamento para os Centros de Saúde deve ocorrer tão logo passe a crise, os dados permitem constatar dificuldades da equipe em articular com a rede para uma maior agilidade nesses encaminhamentos. Sabe-se que a referência e a contrarreferência com os outros serviços da rede são de grande importância, visando o objetivo de prescindir do hospital psiquiátrico e sua lógica.

5.2.2 O apoio matricial: corresponsabilizações e coparticipações

Com a diretriz da descentralização estabelecida pelo SUS, o município de Belo Horizonte assumiu um caráter inovador em relação à pluralidade de experiências assistenciais, possibilitando um novo olhar no trato e abordagem da loucura, formalizando e regulamentando práticas e saberes para a transformação do modelo de assistência à Saúde Mental. Essa diretriz representou uma ruptura com a hegemonia do modelo biomédico, uma conquista irreversível no atual modelo assistencial da Saúde Mental (LOBOSQUE; ABOU-YD, 1998).

De acordo com os pressupostos da política de SM do município e em consonância com a RP, a assistência ao usuário da SM deve ocorrer em uma rede de cuidados que esteja, preferencialmente, na comunidade, ou seja, de base territorial. Nesta rede, deve estar contemplado todo e qualquer recurso que o território disponha, seja ele de saúde ou não.

No cenário deste estudo foi constatado que as ESM estão subdivididas em quatro microrregiões, apoiando as ESF, as quais foram estabelecidas como referência para os técnicos do CERSAM nos encaminhamentos dos usuários para a

AB, e vice-versa, sempre respeitando o território de inserção do usuário, garantindo a continuidade do cuidado. Destaca-se que o papel fundamental das equipes de saúde mental consiste em ser o 'mediador' na rede.

Por outro lado, o CERSAM, no processo de acompanhamento e supervisão das ESM e ESF subdividiu-se em duas microrregiões.

Quanto a essa divisão, um profissional entrevistado manifestou

Quando o paciente sai da crise, primeiro, a gente encaminha para a ESM do território do usuário. Esse encaminhamento é feito por escrito. O CERSAM manda um relatório com os pacientes que foram atendidos e qual área eles são. A gerente do Centro de Saúde é que recebe, e ela repassa para equipe de Saúde Mental (E11).

Para outro entrevistado

A rede de saúde do distrito, assim, nós temos uma boa articulação com o CERSAM. Tem um representante do CERSAM responsável pela nossa microrregião que vem aqui uma vez por mês, para reunir com a ESM e com a equipe do PSF. Da mesma forma, a gente recebe essa contrarreferência, ou por telefone, o que aconteceu [...] se ele vai ficar lá na permanência dia. Às vezes, eles ligam para referenciar um paciente da nossa área e já marca e já agenda o atendimento dele aqui [...] e isso acontece. Isso é muito articulado (E5).

Segundo os documentos da SMSA/PBH, essa divisão por microrregião visa apoiar as Equipes de Saúde da Família na otimização do cuidado ao usuário da Saúde Mental, conforme preconizado pela coordenação de Saúde Mental do MS, que elaborou em 2003, uma proposta de atuação conjunta com as áreas técnicas de SM e AB, apoiadas na metodologia de trabalho das equipes matriciais (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde define apoio matricial como:

[...] um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (BRASIL, 2003).

No contexto da RP, aposta-se nessa estratégia como multiplicadora que auxilia na comunicação de todos os envolvidos na rede de cuidado, favorecendo a corresponsabilização e a coparticipação. Por se tratar de uma estratégia recente no campo da saúde, percebe-se que o cotidiano desta prática encontra-se em processo de construção no município e ainda enfrenta algumas dificuldades, até mesmo com relação ao seu papel.

Há um equívoco frequente que é o de limitar a função do Apoio Matricial à supervisão de casos, o que não vai ao encontro do proposto, que é o do envolvimento, de produzir desvio na forma como são feitos os encaminhamentos do usuário.

A análise dos dados das entrevistas evidencia aspectos de confluência entre o prescrito e o que acontece na prática

A Saúde Mental é a equipe matricial. Ela dá apoio. Então, ela está aberta à equipe do PSF. Não é aquela coisa assim, eu estou aqui não chego não. É o contrário. Ela está aqui eu chego mesmo é para dar um apoio, dar um suporte (E12).

O que facilitou foi o entrosamento com as equipes. Eu já ligo para o centro de saúde, e eles já sabem que eu sou da equipe da área de abrangência deles (E22).

Para Figueiredo e Campos, o apoio matricial se configura como um suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde, com vistas a ampliar e qualificar a atenção em Saúde Mental.

A proposta é que os profissionais possam aprender a lidar com os sujeitos em sua complexidade, incorporando as dimensões subjetiva e social do ser humano, mas que estejam acompanhados por alguém especializado que lhes dê suporte para compreender e intervir neste campo (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008:147).

Neste estudo verificou-se, que as possibilidades de o usuário ser atendido na perspectiva de um cuidado integral na rede de serviços vêm sendo ampliadas, instituindo uma noção de corresponsabilização. Um desafio apontado pelos entrevistados seria envolver de forma sistemática as equipes nesse processo:

Você tem a supervisão clínica de Saúde Mental. Há reunião distrital de Saúde Mental, que também é um outro espaço para estar falando, discutindo, as questões da Saúde Mental. Você tem o espaço da reunião da Saúde Mental com a Equipe do PSF. Então, só aí a gente tem três espaços

para essa equipe do PSF ter um suporte para avaliar, geralmente, caso a caso. Então, assim, os equipamentos têm esse suporte. E, infelizmente, o que você observa não é uma participação efetiva de muitos profissionais. Eu acho que dá para ir. Não é o suficiente, mas ajuda (E4).

O PSF pode acompanhar. E os casos que são mais graves a gente discute na reunião. A Saúde Mental é um apoio ao PSF, mas nem todos os profissionais se envolvem com a Saúde Mental. Então, os casos que são mais graves, que o PSF não está dando conta, ele é inserido na equipe de Saúde Mental. Se não, ele fica só no PSF, e a gente vai discutindo. Então, a gente tem os encontros mensais. E quando tem um caso que não pode mais esperar até a próxima reunião, os Centros de Saúde, às vezes, ligam, pedem para falar com a gente, discute caso por telefone mesmo. E aí, dependendo da possibilidade, a gente vai agendando. Mas só os casos da Saúde Mental, os psicóticos e os neuróticos graves(E11).

Esses enunciados apontam a pluralidade e a multidisciplinaridade nos fazeres e saberes de todos os profissionais que têm a responsabilidade de assistir os usuários da SM, com vistas a produzir práticas inovadoras na assistência, superando o paradigma psiquiátrico tradicional e construindo possibilidades de uma inserção mais dialógica e democrática dos usuários nos serviços de saúde.

Contudo, os dados demonstram também, ao lado das dificuldades da ESF para acompanhar o usuário, as dificuldades dos profissionais das ESM em encaminhar o usuário na rede de serviços, o que limita a sua inserção em outros espaços do território:

[...] a gente quer a clientela da gente exclusiva, e é difícil. Você faz um laço e na hora que você faz um laço, você passa para outra pessoa. Tem hora que a gente tem que pensar na formação das equipes do PSF, para que a Saúde Mental seja um objeto do qual eles se apropriem, seja uma clínica. Acho que depois a gente deveria ter mais cuidado nos encaminhamentos, porque é diferente, é diferente de você pegar a pediatria, a ginecologia (E10).

A despeito de um desenho de rede que se encontra na política de SM do município, há outro desenho forjado pela particularidade de cada usuário. Essa particularidade não respeita desenhos e fluxogramas, e exigem um novo arranjo em cada momento da vida do usuário. Essa flexibilidade tão grande torna, por vezes, a Saúde Mental algo incompreensível e complicado para os profissionais.

[...] eu acho que é uma dificuldade com o generalista, com o PSF. É que tem momentos que aquele paciente pode ficar com o PSF e que isso não impede que aquele paciente seja atendido na psiquiatria no momento da vida dele. Nós temos que focar no ser humano, principalmente o portador de sofrimento mental. Ele, de uma certa forma, tem consciência. Mas tem momentos que ele vai precisar do apoio da equipe de Saúde Mental do

Centro de Saúde. Às vezes, ele vai precisar além disso, ele vai precisar do CERSAM, de uma urgência. Isso é que eu acho complicado (E2).

A falta de aporte teórico das ESF também surge como um fator complicador, colocando o profissional da SM numa condição de atender, literalmente, à demanda do paciente. A disponibilidade da ESM para acompanhar, discutindo casos, avaliando e acolhendo os usuários quando necessário é fundamental para garantir uma confiança das ESF para lidar com a demanda advinda da SM. Por outro lado, muitas vezes transferir essa demanda da SM para o PSF pode limitar o acompanhamento do usuário somente para a troca de receita

Quando o paciente melhora, a ESM encaminha para o médico do PSF continuar o atendimento, para o médico continuar renovando a receita, porque o médico, ele não é um terapeuta, ele não vai ficar aqui horas escutando o paciente, mesmo porque a gente não tem tempo para isso. A gente tem 15 minutos para uma consulta. Isso é complicado. Às vezes ele não sabe nem avaliar se pode ou não, retirar a medicação ou reduzi-la, porque o paciente vem com aquela fala: Eu vim renovar a minha receita. Aí o médico renova [...] É complicado (E7).

Apesar das dificuldades nomeadas na articulação do cuidado entre os diferentes profissionais para o atendimento dessa demanda, um entrevistado, pontua que esta tem sido satisfatória:

[...] eu acho que tem uma boa articulação em relação à ESF, o CERSAM e as ESM. No nosso caso aqui, a gente tem as reuniões mensais de Saúde Mental, a gente tem o contato por telefone para estar tirando as dúvidas no momento que está acontecendo alguma crise, algum atendimento mais imediato. A gente discute o caso com o profissional da ESM e faz o agendamento dessa consulta por telefone. Agora se o paciente está muito agitado, em crise, a gente encaminha rápido para o CERSAM (E19).

Os entrevistados nomeiam três momentos em que ocorre a articulação na rede. O primeiro se dá nas reuniões distritais de SM, que acontecem uma vez por mês, em que todas as ESM são convidadas a participar com todos os gerentes dos Centros de Saúde:

Essas reuniões, a gente tem uma pauta mais dirigida para um tema ou para outro. Por exemplo, tivemos uma pauta recentemente sobre hospitalidade noturna, que é um projeto que foi implantado há pouco tempo. Então, tivemos que discutir isso mais a fundo. Em outros momentos a gente deixa a reunião mais aberta, para surgir mesmo as demanda (E16).

Para os entrevistados, esses espaços têm se configurado como reuniões mais organizativas, para a discussão de fluxos e das prioridades estabelecidas pela Política de Saúde Mental da SMSA/BH. Contudo, salienta-se a discrepância, que grita: as reuniões são bem compreendidas e aceitas. O cotidiano de trabalho é que parece que ainda não incorporou esses elementos que eles discutem nas reuniões. Talvez exista muita dificuldade em generalizar. Tudo isso aponta para a construção, o crescimento e a inovação das práticas.

Um segundo momento é o da supervisão clínica, fato que acontece uma vez a cada três semanas e refere-se a aspectos mais de orientação do cuidado, incluindo a supervisão dos casos, com a discussão das dificuldades diagnósticas, medicação, projetos terapêuticos; ou seja, dúvidas referentes à clínica, questões particulares das ESF e das ESM na assistência ao usuário:

[...] a supervisão clínica acontece uma vez a cada três semanas. Temos uma supervisora externa ao serviço responsável por essa atividade e que tem como orientação a psicanálise. Eu, como referência técnica de Saúde Mental, faço um cronograma anual e convido as ESF, a apresentarem um caso vivido no cotidiano das ESF, mas é claro que isso não é engessado (E2).

O terceiro momento, que se constituiu nas reuniões de microrregiões, foi considerado pelos profissionais como essencial, para a viabilização da política de atenção à SM junto às ESF:

Esse momento é essencial. Temos quatro equipes de SM que são referência para todo o DS. Cada uma das quatro equipes são referências para centros de saúde. Então cabe a essa equipe de Saúde Mental de referência marcar com as ESF, esclarecendo o que é ou não prioridade de atendimento. Nessas reuniões, a gente discute tanto os projetos clínicos quanto a organização de fluxos, como que a gente faz o encaminhamento, prioridades do serviço é [...] os equipamentos existentes; porque o PSF é ainda uma rede que muda muito de profissionais, eles são jovens, médicos, às vezes, eles vão fazer residência, então acontece às vezes de um ano, você ter duas ou três mudanças no PSF (E19).

Esse enunciado evidencia a construção de um novo modelo assistencial em Saúde Mental no município tema deste estudo, com propostas de organização do processo de trabalho das equipes assistenciais, tendo como pressuposto a inserção da Saúde Mental na AB.

Os dados permitem inferir que a necessária articulação da Saúde Mental com os demais serviços de saúde e sociais da rede municipal encontra-se em

construção, o que constitui um desafio para a efetivação de novas referências e possibilidades de ação para o reposicionamento desse usuário em sua rede social.

A despeito do novo desenho da política de SM no município, percebe-se que a vinculação desses usuários com a ESF e o aumento de resolubilidade propiciado pelos serviços substitutivos, não significaram, contudo, que se chegou a uma situação satisfatória. Os enunciados apontam que a implantação e gerência desses dispositivos é um processo complexo, de constante questionamento e reflexão.

Ficou evidenciado que no cenário deste estudo as ESM e o CERSAM, numa perspectiva de sustentar a política de SM do município e viabilizar a inclusão de ações de SM na AB, incorporam, de forma sistemática, ações de supervisão aos demais profissionais da rede com atendimento em equipe e individual, além de participar e promover momentos de educação permanente:

[...] então, a gente tem conseguido que vários Centros de Saúde, mesmo aqueles que não têm Saúde Mental, tragam experiências que estão vivendo lá na clínica, no PSF. E nessa reunião, nessa supervisão clínica, são discutidos aspectos mais de orientação do tratamento e dificuldades diagnósticas, medicação, projetos terapêuticos, dúvidas mais referentes à clínica (E16).

Não obstante a ESM ser referência técnica para a ESF, um entrevistado pontua a fragilidade na definição das políticas de SM direcionadas para a AB e nomeia a sobrecarga de trabalho, a inadequação da área física, a escassez de profissionais e falta de capacitação das ESF, como obstáculos para garantir a qualidade do cuidado a esse usuário.

[...] eu já achei isso que o PSF dava conta de atender o doente mental. Mas sei hoje que no PSF eles não dão conta mesmo de tudo. Eu penso que o PSF ultimamente está assim, não é porque ele não quer se abrir. É muita demanda que ele atende e falta o conhecimento para uma escuta diferenciada (E01. 34).

No contexto de transição do modelo de assistência em SM, o apoio ao processo de educação permanente emergiu nos discursos como fundamental ao processo de viabilização da construção de outros saberes e fazeres no campo da assistência ao usuário da SM. Pode-se inferir que a participação da universidade e de órgãos formadores dos profissionais da área da Saúde, em parceria com os serviços de saúde, torna-se imprescindível na discussão sobre as propostas de

otimização da Reforma Psiquiátrica, que envolve uma mudança de paradigma, ainda não presente na formação básica dos profissionais de saúde.

Yasui e Costa-Rosa (2008) explicam que a formação está organizada por disciplinas e especialidades, em cursos norteados pelo paradigma hegemônico e com pouca integração entre os conteúdos, o que contribui para um olhar fragmentado do usuário como sujeito de sua história.

Para Vianna (2002), a formação de profissionais em serviço é uma alternativa importante e necessária, porém a educação permanente, ainda que imprescindível, é insuficiente para a geração de novas posturas éticas, de um novo posicionamento e abertura diante daquele que padece de sofrimento psíquico.

5.3 A reinserção psicossocial

Os temas apreendidos dos discursos e que possibilitaram a construção desta categoria dizem respeito à reinserção psicossocial do usuário no seu espaço social, em que estão implícitas diferentes concepções do fenômeno de uma nova cronicidade da doença mental.

Mais que uma expressão, quando se referiu aqui à reinserção psicossocial, fez-se menção às possibilidades de inserção e circulação sociocultural e político-econômica de usuários. Esta é considerada uma estratégia inclusiva e facilitadora do convívio social, favorecendo o exercício pleno dos seus direitos civis, políticos e sociais com trocas intersubjetivas e, também, espaços de exercício de cidadania²⁰. Para Barreto (2005), a questão da inserção social pressupõe novas maneiras de se conceber a questão da reabilitação psicossocial, como a inclusão social e o ingresso nos espaços públicos do usuário da SM, hoje, ainda sem condições de exercer as prerrogativas próprias da cidadania.

O autor acrescenta que reabilitação psicossocial e a inclusão social são questões polêmicas, quando vistos sob a ótica do modelo de estruturação social.

²⁰ A cidadania, aqui referida significa acesso aos direitos civis, sociais e políticos, um dos pilares para edificação da razão, implicando em inclusão/exclusão de qualquer cidadão na sociedade. Para Saraceno (1999:18), a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que encontra a única reabilitação possível.

Quando se empregam termos como *autonomia*, *reinserção*, *contratualidade*, *empoderamento*, *competência*, está-se referindo a cidadania, discussão necessária que perpassa todos os propósitos da Reforma Psiquiátrica e que requer ampliação de espaços de sociabilidade. O autor pontua, no entanto, que a palavra *cidadania* tem sido banalizada a ponto de transformar-se num “curinga” capaz de suprir qualquer outra, que vagamente se refira a qualquer suposta condição que facilite o convívio entre pessoas, sem uma análise crítica sobre a temática.

O autor acrescenta que o desafio a ser superado na nova política de SM e na nova clínica que se pretende construir, aliado ao conceito de cidadania, não é o da negação da loucura, mas o da constituição de novos cenários de negociação entre a normalidade e a loucura, da promoção do respeito social à diferença. Para o autor, a expansão das oportunidades de acesso de todo indivíduo à condição de sujeito político, excluindo toda a lógica da discriminação a favor de outros dispositivos menos excludentes, com espaços de sociabilidade e de inclusão social, deve ser o norte de toda a Reforma Psiquiátrica (BARRETO, 2005).

Pitta (1996) considera reabilitação psicossocial como uma exigência ética, como um processo que facilita ao usuário a melhor reestruturação de autonomia de suas funções na comunidade.

Desviat (2002) lembra a origem da reabilitação psicossocial referindo-se aos encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos, denominados “Não estamos sós”, nas escadarias da Biblioteca Pública de Nova York, na década de 1940. Esse movimento recebeu auxílio da *Fountain House*, clube social para os pacientes psiquiátricos, organizado por um grupo de mulheres, com apoio de assistentes sociais voluntários e meia dúzia de profissionais de Saúde Mental. Avançou nas décadas posteriores, por meio de novos programas e associações civis, centrando-se, sobretudo, em três frentes de ação: capacitação ou trabalho protegido; oficinas protegidas; e moradias ou alojamentos. Isso ocorreu em colaboração com associações civis, famílias, usuários, voluntários sociais.

Na década de 1970, o governo americano criou os programas de apoio à comunidade, baseados em um sistema comunitário de suportes que procurava reabilitar os pacientes crônicos, oferecendo estruturas de transição e acomodações mais protegidas (DESVIAT, 2002).

De forma desigual, por países e até por regiões, várias iniciativas similares vão surgindo com o propósito de reabilitar, ou habilitar, os pacientes,

oferecendo estruturas de transição e acomodações, em colaboração com associações civis, familiares, voluntários sociais e usuários (DESVIAT, 2002).

Zenha e Cunningham (2005) afirmam que foi no contexto da Psiquiatria Democrática, liderada por Basaglia, que o conceito e a ação da reabilitação psicossocial ganharam corpo e força. Sem dúvida, um dos grandes feitos desse movimento foi chamar a atenção para as atitudes de desrespeito aos direitos humanos cometidas pelo modelo de assistência asilar, que exclui o sujeito do jogo social.

Os autores ao discorrerem sobre a dimensão da clínica e da reabilitação comentam que esta não é e nem será, por muito tempo, tarefa fácil não só pelo que caracteriza cada uma dessas ações, como também pela dificuldade em articulá-las. Esclarecem que:

Mas, se por um lado, Basaglia e seus seguidores tiveram a responsabilidade de apontar o caráter desumano da assistência psiquiátrica, denunciando o preconceito, a discriminação e a exclusão dos *alienados*; por outro, não se empenharam o suficiente para repensar o caráter clínico da assistência a eles. Ao contrário, alguns chegaram a acreditar que a saída era mesmo o da politização da questão, reduzindo a problemática à operação de uma ação reabilitadora. Porém, para esse sujeito que sofre com o turbilhão causado pelo discurso que lhe invade, procurando saídas com seus sintomas, o respeito aos direitos humanos inalienáveis não é o suficiente. É nesse ponto que incide a ação da clínica (ZENHA; CUNNINGHAM, 2005:3)

Saraceno é enfático quando acrescenta que falar de reabilitação psicossocial não se trata de uma simples operação técnica, pois a expressão reabilitação psicossocial encontra-se, muitas vezes, impregnada pelo ideal de uma integridade a restituir ou de uma adaptação a promover:

Reabilitação não é uma nova tecnologia, da qual lançamos mão, para fazer de um paciente "desabilitado" um cidadão "habilitado", mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior da tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador, sem o risco de reproduzir processos de condicionamento e adaptação (SARACENO, 1999:112).

O autor reforça que a reabilitação é um processo que implica negociações constantes envolvendo a família e as instituições, para trocas afetivas e materiais, visando inseri-lo no seu meio social e levando em conta o sintoma como expressão da tentativa do sujeito de dar significação ao sofrimento. Para o autor, a reabilitação

precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer (SARACENO, 1999).

Neste estudo, um entrevistado pontuou o pouco avanço da política de Saúde Mental no que tange à reabilitação, porém está atento à dimensão da clínica e aos aspectos sintomáticos como manifestos discursivos do sujeito

Então, acho que na questão da reabilitação o projeto tem muito que avançar. A gente ainda não caminhou, não. E, talvez, assim, eu diminuí minha expectativa, Eu acho que essa reabilitação tem que ser feita assim, no singular. A gente pensava em uma reabilitação coletiva, que eu pensava quando eu vim para cá, e eu vejo que isso é muito singular. É dentro do que o paciente dá conta, é pensar em que reabilitação que a gente quer. O que vai ser possível (E17).

A partir desse enunciado, pode-se assinalar que a dimensão da clínica foi particularizada, reconhecendo a singularidade do usuário. Para Viganò (1999), a reabilitação refere-se a um processo em que as ações devem estar a serviço de construção do caso clínico, uma reabilitação que leve em conta o sintoma como expressão da tentativa do sujeito de dar significado ao seu sofrimento; logo, uma reabilitação que não renuncie ao tratamento no nível da comunicação. O autor afirma ainda que não tem como dissociar clínica e reabilitação. Cada um desses processos estabelece uma relação dialética um com o outro.

Nesse sentido, um entrevistado reconhece a necessária compreensão do quadro clínico para ajudar o usuário no seu processo de inserção social, em que a reabilitação só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva, por seus sintomas. O caminho percorrido por esse entrevistado aponta para a possibilidade de construção de resposta por parte do sujeito, mais ou menos precária, mais ou menos capaz de provocar enlaçamentos. Seguir essa resposta tomando-a como marca do estilo do sujeito ensina também que, por ela, o sujeito é sempre responsável:

Eu devo ter uns quatro pacientes que ainda estão comigo aqui que são pacientes de longa permanência. Um tinha vinte anos de Serra Verde; outro tinha dezoito. São pacientes jovens ainda. O que eles conseguem fazer hoje? Hoje, eles conseguem vir consultar comigo. Eles conseguem, em casa, varrer o quintal e conseguem ir à padaria. Mas antes a gente encaminhou para um tanto de curso de qualificação, e ele não dava conta, e acho que talvez eu tenha aprendido a acompanhar com o paciente a capacidade dele, até onde ele pode ir e sempre acreditar nele. Mas assim é ele quem dá o limite (E7).

Zenha e Cunningham (2005) acreditam que não se deve pensar a reabilitação como dimensão de superação da clínica, pois, ao se desconsiderar os aspectos sintomáticos como manifestos discursivos do sujeito, corre-se o risco de fazê-lo um autômato, diferentemente do que deseja uma autonomia orientada pela cidadania. Para esses autores não basta oferecer uma infinidade de equipamentos de reabilitação se eles não estiverem sustentados por uma proposta que acolha a desrazão como possibilidade de significação tanto no campo do direito quanto no campo da clínica.

Define Viganó, “a reabilitação, em psiquiatria, pode ser identificada como um programa de restituição, reconstrução e, às vezes, construção do direito pleno à cidadania e da construção material de um direito como tal” (VIGANÓ, 1999:46).

Na proposta atual da RPB, a reabilitação psicossocial atravessa o ideário de ser esse um dispositivo fundamental no embate ao sofrimento psíquico. Tem-se por objetivo promover a desinstitucionalização e a inclusão social do indivíduo, integrando-o aos diferentes espaços, sendo que o grande mote consiste em reinseri-lo na sociedade, conferindo-lhe mais autonomia e menos cronicidade no tratamento.

Foi constatado neste estudo que os eixos sobre os quais se constrói a inserção psicossocial dos usuários estão presentes na política de Saúde Mental do município. Os entrevistados revelam que o novo modelo de assistência, centrado nos serviços substitutivos, favorece a reinserção social do usuário, trazendo-os para a vida pública.

Nossos pacientes de Saúde Mental, eles pegam um ônibus, eles vão ao CERSAM, eles voltam. Então, quer dizer, eles transitam livremente na sociedade. Então, eu acho que nessa parte foi excelente, que entrou individualidade, autonomia, para o paciente (E12).

Vê-se muito que o objetivo é tirá-lo do hospital. Porque antes o doente mental não era visto como ele é hoje, como um ser que pode ser inserido na sociedade, que mesmo com seus altos e baixos, com seus problemas, ele não está institucionalizado (E15).

O usuário reconhece também esse avanço como expresso no discurso abaixo:

Minha vida social é meio devagar em função do meu problema. Mas, graças a Deus, hoje tem posto de saúde para dar continuidade ao tratamento, tem psiquiatra, tem psicólogo, tem tratamento, assistente social. Isso é bacana e veio para salvar o povo do manicômio e é a referência, nossa referência hoje para tratamento psiquiátrico (G2).

Porém, mesmo com a repercussão positiva da reforma favorecendo a inserção do usuário na sociedade, os entrevistados comentam que este fica muito solto, sem um acompanhamento, gerando uma desassistência.

Então, essa mudança na assistência, isso fez com que esse paciente ficasse mais social. Só que eu acredito que ainda tem que ter muito investimento e muita oferta de serviço para poder melhorar isso aí, porque simplesmente tirar o paciente de uma instituição e botar dentro de casa não resolve. Você está tirando o paciente de dentro do hospital e jogando para a família cuidar. A família não tem estrutura e nem conhecimento para cuidar de um paciente desses. Agora, os médicos clínico-gerais, eles podem dar um suporte, mas também não têm conhecimento suficiente para poder fazer isso e o paciente acaba ficando desassistido (E1).

Para Amarante (1996), desassistência significa abandonar os doentes à própria sorte. Isto é como se as políticas de desinstitucionalização não significassem a substituição do aparato hospitalar por outras modalidades de atendimento.

O autor considera que neste rol estão incluídos determinados segmentos tradicionalmente corporativos e conservadores, aliados aos interesses econômicos de exploração da loucura e resistentes à Reforma. Acrescenta que a tendência contradestinacionalizante assume maior magnitude após o Projeto de Lei Paulo Delgado, 3.657/89 que propõe a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência. Infere-se que essa tendência ainda inspira o fazer e o pensar de muitos profissionais.

Percebe-se nos discursos uma preocupação com a desinstitucionalização de forma deturpada e associada ao abandono, ao desamparo do usuário

Eu sou a favor do CERSAM. Eu não sou a favor dos manicômios, de jeito nenhum, eu acho que o paciente tem que ficar solto, sim, ser inserido na sociedade, mas com um direcionamento. Quem será responsável por ele? Porque, se você tirou de um lugar, tem que ter alguém para direcionar ele. Até mesmo para eles caminharem, até eles se acertarem, e isso eu não vejo acontecer. Isso não existe (E3).

Para alguns entrevistados, um usuário institucionalizado é sinônimo de alguém cuidado e protegido. Assim, pode-se inferir que um usuário de serviços de Saúde Mental necessita continuamente desse cuidado e proteção.

Eu acho que, por mais que eles queriam desinstitucionalizar esses pacientes, eu acho que alguns deveriam estar junto com a instituição, porque eles estariam mais protegidos, seriam mais cuidados, mais olhados,

menos jogados. Eles ficam na sociedade, mas eles ficam à margem da sociedade. De que que adianta? (E2).

Entretanto, outra realidade se apresenta. Estar fora de uma instituição nem sempre significa deixar de ser excluído.

Tem casos na nossa área que o paciente saiu da instituição e a família levou para casa, mas esta morando fora de casa. Fizeram um quartinho e puseram a pessoa ali. Ou seja, está do mesmo jeito. Só mudou o terreno (E6).

A análise dos dados das entrevistas e dos Grupos Focais revelou que a inserção do usuário da Saúde Mental, quesito necessário a sua reinserção social em outros espaços requer, a inventividade cotidiana nesse campo, ainda em construção. Os dados demonstram que, à medida que os serviços vão construindo saídas a esses impasses, novos se descortinam, colocando em foco outras questões

Trabalhar na Saúde Mental é invenção o tempo todo. Coisas que você fala assim, nossa, como que eu vou lidar com esse caso? Ai, você tem que tirar de algum lugar alguma novidade, porque você pega o prontuário de um paciente há onze anos e ele está sempre precisando do CERSAM. Você não trabalha com uma fórmula, você tem que estar aproveitando qualquer coisinha das possibilidades, da circulação social que essa pessoa tem para conseguir uma melhora (E22).

Também temos falhas. Precisamos pensar em equipamentos sem os Centros de Convivência. Mas, muitas vezes, depois que esses pacientes estão mais recuperados, eles reclamam, eu quero alguma coisa que me dê uma renda. Então, o Programa, por exemplo, de Geração de Renda é um desafio. Cursos de qualificação profissional acho que é outro desafio. São pontos que o projeto de Saúde Mental tem que avançar. As datas são poucas ainda para esses cursos de qualificação profissional. Poucas vezes eu consegui inserir paciente nesses cursos. É claro que há uma dificuldade deles próprios. Às vezes, você consegue inserir e eles não levam adiante (E17).

Nos discursos dos entrevistados, ficou explicitado que a inserção social dos usuários da SM está muito distante. Parece haver certa frustração desses profissionais quanto à morosidade das mudanças institucionais que favoreçam a reinserção social, o que eles atribuem também aos limites da clínica. Alguns desses aspectos aparecem na narrativa abaixo.

Olha, eu não sei se a gente conseguiu caminhar na reinserção social. Não consigo ver isso. Antes eu acreditava numa colocação ampla do paciente na sociedade. Seria até uma bandeira. A gente tinha que inserir o paciente, e,

às vezes, a gente queria inserir ele a qualquer preço. A gente não levava em conta o desejo do paciente. Não é nem o desejo, as possibilidades do paciente. Então, talvez, acredito ter amadurecido nesse tempo todo. É que nós temos limites, os pacientes têm limites, a instituição tem limites (E10).

A análise dos dados permite inferir que reinserção social é um processo em construção, que visa gerar oportunidades para alcançar autonomia e uma vida de melhor qualidade na sociedade. No entanto, nos discursos ficou evidenciado certo desalento dos profissionais para atingir o pressuposto

A reabilitação psicossocial que a gente tenta fazer é inserindo em alguma forma de produção, de uma atividade, mesmo que não seja uma atividade que gere propriamente uma renda, mas que dê algum tipo de satisfação até pessoal e financeira também. Eu acho que tem pacientes que não vão conseguir se inserir no mercado de trabalho, até porque o mercado de trabalho não está conseguindo absorver nem as pessoas qualificadas (E9).

Para Pinheiro *et al.* (2007), avançar na Reforma Psiquiátrica significa estabelecer uma estratégia de cuidados que reconheça a potencialidade do território com seus recursos e a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território. Implica, também, criar formas de acolhimento com projetos de cuidado, articulados em rede, inventando outros modos de cuidado, instituindo novos espaços de convívio com a loucura e tendo como princípio a sua inserção na sociedade.

Nesse sentido, a concepção do cuidado remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro. O cuidado orientado por práticas territoriais requer, ainda, o reconhecimento da sua importância em incluir outros atores sociais além dos usuários e profissionais, enfocando a intersectorialidade, essencial para otimizar essa rede.

A autora acrescenta que o sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. É preciso ir além da execução de ações que visam apenas tratar a doença que se instala no indivíduo, sendo necessário contextualizá-la no habitat do sujeito (PINHEIRO *et al.*, 2007).

Os dados da análise permitem acrescentar que, ao adotar o território como estratégia de cuidado para a inserção social do usuário, fortalece a idéia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço.

Muitas vezes, esse espaço é conflituoso, avesso às possibilidades de reinserção social, o que é um nó crítico. Para os entrevistados, a estratégia do

trabalho no território com o envolvimento de outros atores tem sido facilitadora para o trabalho em rede, resultando em ações mais eficazes para o usuário da SM:

Então, quando territorializa, o técnico também começa a perceber que não é só ele que tem que dar conta desse caso, não é o único responsável por este caso. Então, isso é fundamental (E20).

A comunidade tem recursos. Temos a Secretaria de Esportes, a Secretaria de Educação. Então, as parcerias em termos de[...] assim, de perspectivas, elas que me parecem ser o caminho para inserir e beneficiar o usuário (E17).

A minha consciência é de que eu estou num território que tem diversos equipamentos e que todos precisam conversar, é um usuário da Saúde Mental, é um usuário da clínica, é um usuário da cardiologia, é um usuário da obstetrícia, da ginecologia (E23).

Contudo, os entrevistados assinalam que a intersectorialidade é ainda frágil e que tem que ser o tempo todo estimulada, reconhecendo ser esse processo fundamental para os pressupostos da RP. Saliente-se que a intersectorialidade incorpora a idéia de integração no território, de equidade, dos direitos sociais

Nós reconhecemos que sozinhos não damos conta de tanta coisa. O território tem outros recursos que precisam ser acionados. Porém, temos muita dificuldade de dar prosseguimento às ações intersectoriais. A gente tem que estar em cima, senão ela não acontece. Eu acho que, muitas vezes essas ações são motivadas por um caso ou outro que seja desafiador (E17).

Outro fator importante para a inserção do usuário no território apontado pelos entrevistados passa pelo envolvimento da família no tratamento, pois a doença mental afeta o indivíduo e sua família em todos os aspectos de vida. Entendendo que a família reveste-se de grande importância para a realização das metas propostas pela Reforma Psiquiátrica, um entrevistado pontua:

A permanência ou não do usuário de Saúde Mental na área de abrangência está muito vinculada à questão da aceitação da família. Eles só procuram o posto porque a medicação acabou ou porque ele é também um diabético e também está sem remédio. Só quando está sem medicação ou então, a família vem quando ele entra em crise. Senão não existe a procura (E1).

Nesse enunciado explicita-se que para além das dificuldades dos familiares registra-se o pouco envolvimento do serviço com o cotidiano dos usuários. Fica apontado que os serviços de saúde não oferecem alternativas para contribuir

para a inserção social do usuário no território. Os próprios entrevistados reconhecem essa limitação:

Tem paciente nosso de Saúde Mental mais grave que fica o dia inteirinho sentado na porta de casa sem fazer nada. Então, eu acho que falta alguma ligação para você fazer, tipo assim dar a esses pacientes a condição de realmente reintegrar na família, na sociedade, e não deixar solto por aí (E12).

A gente vê que eles saíram de um lugar onde estavam lá sem fazer nada e foram para outro, e estão sem fazer nada. Não tem atividade para eles na nossa área. Eles não saem de casa não (E6).

O Centro de Convivência, por exemplo, seria uma saída para esses pacientes para fazer alguma coisa. Porém você não consegue como eles chegam até lá. Aí, eles não vão. Eles não têm condição de ir sozinho. Tem que ir a família. Eu acho que, por exemplo, se tivesse um carro que viesse, falasse, três vezes por semana vai passar aqui e te pegar e voltar com você, você vai participar de oficinas, fazer uma arte, e depois você volta (E2).

A análise dos dados permite inferir que, sob as bases dos saberes e práticas psiquiátricas tradicionais, o lugar social da loucura ainda é um lugar de exclusão, de incapacidade, improdutividade. Enfim, persistem a cronicidade e a insuficiência de propostas alternativas de assistência à saúde. Essa cronicidade se prolonga no tempo e pela vida afora, mantendo o indivíduo em seu espaço territorial, isolado.

Para um entrevistado, fica evidenciada a inexpressiva participação da família no tratamento “é tomando remédio e ficando quieto. E para família, infelizmente, quanto mais quieto melhor (E6)”.

A clínica psiquiátrica está fundada sob o foco da doença mental que secularmente impõe ao louco todos os estigmas de exclusão. Se se busca a compreensão do processo saúde/doença mental para criar outras alternativas para intervenção, depara-se com os limites da concepção desse fenômeno e que hoje não comporta mais um olhar fragmentado do sujeito, visualizando apenas a doença.

Para Langdon (1995:1), repensar a relação saúde - doença requer uma revisão do modelo hegemônico biomédico, em que o enfoque principal da biomedicina é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia, sendo a doença um processo biológico universal.

O autor aponta a necessidade de romper com o paradigma reducionista, que analisa o homem como um agregado de funções biológicas e físicas, recorrendo

limitadamente a suas características sociais e psíquicas como parte integrante de uma sociedade. Essa dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico não concebe a saúde e a doença como processos psicobiológicos e sócio culturais. Para este autor, o processo puramente biológico/corporal deve envolver o contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição.

Langdon (1995) reafirma que a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida, em primeiro lugar, como um processo experienciado, cujo significado é elaborado por meio de episódios culturais e sociais, e, em segundo lugar, como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica a negociação de significados na busca da cura.

Embora a ciência reconheça o homem como um ser biopsicossocial, na prática, os sistemas de saúde pouco se utilizam de mecanismos socioculturais como coadjuvantes nas estratégias para proporcionar-lhe equilíbrio.

O enfoque puramente biológico sobre os sintomas mentais, por meio de medicações, pode parecer cômodo e atende a interesses comerciais, mas está longe de ser a solução para os serviços de saúde. Assim também, um enfoque exclusivamente psicológico tem suas limitações nos resultados de um tratamento. Os profissionais entrevistados reconhecem os limites do atendimento focado só na doença

Um grande desafio para as ESM e ESF é estar entrosada no sentido de não estar priorizando somente essa clientela mais grave para o atendimento e estar criando dispositivos, seja na comunidade, na própria rede, para os casos que também precisam de atendimento de Saúde Mental, mas que estejam com projeto terapêutico diferente de uma consulta psiquiátrica, de uma psicoterapia. Precisamos envolver outros atores no cuidado a essa clientela para melhorar a assistência, para inserir-la na comunidade (E2).

Não é você que vai dando remédio para ele dormir, ficar quieto, para ele não integrar a vida num todo. Então, esse paciente tem que ter uma saída melhor para o seu sofrimento. Aí, de vez em quando, ele vem, porque tem que renovar a receita num período dois meses, três meses. É essa coisa que falta, que eu te falei, falta uma atividade para essa pessoa, porque a gente sabe que essa pessoa fica lá sem fazer nada (E6).

Ficou evidenciado nos discursos que a AB oferece insuficientes atividades direcionadas para esses usuários, o que se constitui um paradoxo no atual modelo e dificulta o estabelecimento do seu vínculo no território

Tirando as consultas médicas e tirando as consultas da psicologia, não tem nenhuma atividade, por causa da saturação do tempo. Nosso tempo é curto. Se a gente, por exemplo, fizer um grupo de Saúde Mental, se fizer alguma atividade voltada para Saúde Mental, nós vamos estar tirando o tempo que é destinado para hipertensão, diabetes, gestante, tratamento de criança desnutrida, e a demanda desses outros pacientes é muito maior que a psiquiatria (E1).

Primeiro, assim, quando ele sente que está sendo acompanhado plenamente, quando ele vai para o primeiro acolhimento, se ele é recebido ali, se pegam o papel dele, se agendam uma consulta para ele, marcam e conversam com ele, ele fica na Unidade Básica, ele fica com vínculo (E20).

Os enunciados indicam que a construção da atenção psicossocial é uma atividade que deve contar com a contribuição de diferentes saberes e profissionais, como também do saber leigo dos familiares e da comunidade.

Nesse sentido, pontua-se a presença do Agente Comunitário da Saúde (ACS) na rede de cuidados presente nos territórios de abrangência. Na proposta do Programa de Saúde da Família, ele se apresenta com possibilidade e potencial para estabelecer um vínculo da ESF com o usuário e para contribuir para a inscrição da intersetorialidade compreendida, como um campo de saber e prática na produção de serviços de saúde (SILVEIRA; SENA, 2005).

Sua atuação pressupõe aproximação efetiva com a população adscrita à Unidade, conhecimento dos problemas sociais da comunidade, comunicabilidade, aceitação e poder de influência para gerar críticas e melhores condições de vida (BRASIL, 1997).

O PSF define um conjunto de competências para o ACS, expressa tanto pelo elenco de ações propostas quanto pela variedade de tarefas a ele atribuídas. Este desempenho requer habilidades específicas e latitudinais no processo de monitoramento à família no domicílio, uma vez que, pontualmente, está na linha de frente para receber as queixas da população e, às vezes, responder a elas (BRASIL, 1997).

O ACS, reconhecido como espeque no PSF, encontra-se na linha de frente desse processo, realizando a busca ativa de pessoas com acometimentos e/ou enfermidades, da saúde ambiental, monitorando a população nas suas queixas adversas e fazendo triagem dos casos clínicos e epidemiológicos para a equipe.

Eu trabalho assim, fazendo as visitas domiciliares aos pacientes, aos usuários da equipe. Eu só faço alguns casos de busca ativa se for preciso. A equipe da Saúde Mental, quando precisa localizar um determinado

paciente, eles já acionam com o nome da pessoa e o endereço, porque, às vezes, essa pessoa ela tem um acompanhamento pela equipe de Saúde Mental, ela deixa de comparecer. Aí a gente vai e localiza essa pessoa, faz um contato e pede para comparecer. Então o único contato que a gente tem com essa pessoa é nesse sentido (E25).

O ACS assume o papel de realizar as ações de vigilância à saúde nos indivíduos e comunidade, concorrendo na execução de suas ações, para otimizar a qualidade e resolutividade dos serviços oferecidos e ampliando a participação da população no cotidiano da equipe. Suas atividades estão correlacionadas ao processo de trabalho desenvolvido pela equipe que define a princípio, prioriza e particulariza sua intervenção na população para a produção do cuidado à saúde (SILVEIRA; SENA, 2005).

No cenário deste estudo, os ACS se destacaram na rede de cuidados pelo contato mais frequente com os usuários da Saúde Mental em sua moradia, demonstrando conhecimento dessa realidade e referindo habilidade de identificá-los sem que, necessariamente, tenham sido capazes de oferecer uma solução adequada para as situações encontradas:

A gente está fazendo nossas visitas domiciliares. A gente tem que ter uma visão muito, assim, perspicaz, porque, quando percebemos que naquela família tem algum problema que necessita de cuidados da Saúde Mental, a gente sempre está orientando a procurar o Centro de Saúde. O médico da equipe faz uma indicação preliminar, e aí depois dessa avaliação preliminar, se ele achar necessário, ele encaminha para Saúde Mental (E12).

Para os profissionais entrevistados das ESM e da ESF, os ACS estão sendo reconhecidos como a novidade do trabalho em rede, nomeando-os como fundamentais ao acompanhamento e à inserção do usuário no território de abrangência. A sua criatividade advém sem que nenhuma ciência seja avisada

O ACS é importantíssimo na equipe, porque ele traz muita informação também como que ela está vendo esse paciente lá na família[...] nó, eu vou lá à casa dele[...] Chego lá ele está só no quarto [...] Ou, então, o que que ele está percebendo dele lá na rua, que ele vai lá à padaria, encontrou com ele[...] Então, eles sempre trazem esse tipo de informação, que é importante para a gente também (E10).

É, o paciente quando ele tem alta, a agente comunitária está sempre trazendo notícia dele para a gente. Ela está sempre fazendo visita, então qualquer coisa, qualquer alteração que tenha, ela está comunicando para a gente. Então, assim, nas minhas reuniões de microáreas, que os ACS participam, fico observando que eles são muito mais inventivos do que o

peessoal qualificado, do pessoal que tem curso superior. Eles conhecem as pessoas (E19).

Para um entrevistado, o trabalho do ACS se configura numa perspectiva de reposicionamento do usuário na rede, empreendendo preciosas ações de cuidado:

Então, é quase como se eles fossem meus olhos e minhas pernas na casa do paciente. Então, eu acho que tem muita mais invenção do que inércia para reposicionar o usuário da sua rede. Eles dão notícias. Tem um paciente meu que eu não sabia que ele estava bebendo. Ele é um psicótico grave. Aí, na última reunião, ela foi e disse que 'fulano' está péssimo, está desse e desse jeito em casa, me descreve e eu consigo ver a cena. Então, eles trazem a história do paciente, dentro da casa do paciente, para a gente que é muito mais além do que você observa no quadro clínico, dos sintomas, de remédio. Eu acho que a gente se aproximou do paciente, até para estar pensando em outras estratégias para estar cuidando do paciente (E10).

Esse enunciado permite reconhecer que o envolvimento do ACS na rede de cuidados tem contribuído com o trabalho das equipes aumentando, de certa forma, suas possibilidades terapêuticas no tecido social, ao mesmo tempo em que procura minimizar o sofrimento psíquico, trazendo para as equipes o que eles encontram nas suas visitas.

No entanto, segundo os entrevistados, os ACS transmitem suas dificuldades para repassar determinadas situações vivenciadas no território para as ESF e as ESM, ao lado da falta de capacitação para lidar com o usuário da SM.

O nosso tempo é muito corrido. Muitas vezes, a gente quer contar alguma coisa que viu ou que aconteceu, mas aí você chega aqui, e a enfermeira está ocupada, o médico está ocupado. Se a gente pudesse participar de tudo, das reuniões, para a gente seria ótimo ficar mais por dentro da Saúde Mental da nossa área. Ajudaria a gente demais e ajudaria o paciente também (E14).

Acho que tem que ser feita uma preparação, uma capacitação constante para nós, para darmos conta de ajudar esses pacientes. Nós usamos o bom senso, mas nunca fomos treinados para trabalhar com a Saúde Mental. Acho que deveria ter um curso para a gente nessa área, para sermos mais bem informados. Tudo que soubermos para mais vai fazer bem para a gente e para eles também (E25).

Destaca-se que a rede de cuidado, no cenário deste estudo, está sendo configurada por diferentes atores. Infere-se que a dependência institucional diminui

quando os laços sociais aumentam. Essa pode ser considerada uma estratégia favorável para a desejada reinserção social.

Eu acho que a reinserção do usuário no território vai crescer, até porque a gente fortalecendo os laços com as unidades básicas, as unidades básicas fortalecendo os laços com a gente, a gente com o compromisso dessa recepção e a Unidade Básica lá contando com o nosso suporte aqui, e acertando as outras portas da saúde, da própria região só vai ajudar. Mas por enquanto esses laços, eu acho que é ainda incipiente (E19).

Quando a gente percebe que a equipe de PSF apropria, conhece o caso, desfaz um pouco os mitos, desfaz os preconceitos com relação aos problemas do usuário em si, é fantástico. E o paciente ele não volta, fica muito tempo, e quando volta, volta pontualmente para o momento da crise. Isso é muito interessante quando a gente consegue esse diálogo com o PSF (E20).

No entanto, foi evidenciado que o usuário da Saúde Mental, de forma concreta, entra na rede pelo CERSAM. Essa entrada diz muito do vínculo que ele estabelece com os técnicos de saúde, e vice-versa, e de seus próximos passos na rede de cuidado, com vistas a alcançar uma maior autonomia.

Guattari (1986) explica que autonomia se refere à capacidade do sujeito de operar seu próprio trabalho de semiotização, de cartografia, de se inserir em níveis de relações local, de fazer e desfazer alianças.

Para o autor, o que caracteriza um processo de singularização, de ganho de autonomia, é ele construir seus próprios tipos de referências práticas e teóricas, sem ficar nessa posição constante de dependência em relação ao poder global, em nível econômico, em nível do saber, em nível das segregações, do tipo de prestígio que são difundidos.

A partir do momento em que os grupos adquirem essa liberdade de viver seus processos, eles passam a ter uma capacidade de ler sua própria situação e aquilo que se passa em torno deles. Essa capacidade é que vai lhes dar um mínimo de possibilidade de criação e permitir preservar exatamente esse caráter de autonomia tão importante (GUATTARI, 1986:46).

Para os profissionais entrevistados, os usuários estão longe de conseguir essa autonomia tão desejada, e o vínculo com o serviço, muitas vezes, tem se espelhado em uma dependência do serviço, o que só contribui para cronificar o seu quadro:

Às vezes criou um vínculo lá no CERSAM, e às vezes quando tem que desligar, Ah não eu não quero, não quero sair de lá. Isso não é só aqui não, entendeu? Então a questão do vínculo que ele cria no lugar onde ele está tratando é importante. E, aí, às vezes, quebrar esse vínculo é complicado, sabe, pelo próprio paciente como paciente mesmo. É complicado (E18).

Porque do contrário vai criando vínculo mesmo, pelos próprios atendimentos, pela facilidade que o CERSAM proporciona. Tem medicação, tem psiquiatra, tem terapeuta, tem oficina, tem café, tem almoço, tem vale-transporte, tem Kombi para buscá-lo. Então é um céu, tem piscina, né, tem um monte de coisa que interessa. Ou, às vezes, nada disso interessa. Mas o fato de ser um lugar que o acesso é mais rápido, do que a Unidade Básica já segura ele aqui (E21).

A análise desses enunciados revela um paradoxo com as metas preconizadas para a reabilitação psicossocial, entendida como um espaço de inclusão na sociedade e com novas possibilidades de cuidado. Ao mesmo tempo em que o serviço propicia a sua socialização, este tem se tornado, por outro lado, um espaço atrativo, um espaço de dependência e de possibilidade de cronificação, de desresponsabilização com o seu tratamento.

Para os usuários participantes dos GF, ficou evidenciado que o Centro de Convivência tem representado um espaço de socialização, um refresco no dia-a-dia, representado, muitas vezes, pelo isolamento em seu território, denotando um espaço que favorece a sua inserção social

Eu estou sendo muito bem medicado. Tem o Centro de Convivência que eles pedem para mim não faltar, porque é uma forma para eu sair de casa, porque eu não saio de casa quase hora nenhuma por que eu fico preso dentro de casa, e fico com medo, pavor: moto, carro, todo mundo preocupado comigo me deixa nervoso. Eu fico nervoso demais (GF2).

O Centro de Convivência para mim foi uma escapatória. Eu não tinha nenhuma atividade para fazer. Desde que eu surtei, eu não posso trabalhar em lugar nenhum e fico à toa dentro de casa sem fazer nada. Aí, aí vem uns pensamentos ruim. Então, eu tenho muita dificuldade dessa área, então isso tá me ajudando, me ajudando, a voltar a ter uma vida mais ou menos normal. Normal acho que nunca mais volto ser (GF1).

Eu venho três vezes na semana: terça, quarta e quinta. E os outros dias? Os outros dias eu fico em casa mesmo (GF2).

Outro usuário comenta, porém que a sua ida ao CC está limitada ao benefício do vale transporte oferecido pelo serviço

A nossa vinda para cá está relacionada com os vales - transportes que a gente recebe que são para três dias. Ou, então você tem que vim a pé. Se você puder vim de manhã e à tarde, você vêm (GF2).

Esse espaço configurado com um espaço de sociabilidade é valorizado pelo usuário, que aqui encontra um momento para afastar de seu cotidiano

É para mim é muito importante, porque enquanto a gente tá no Centro de Convivência a gente não fica dentro de casa com a sensação de deitar, ficar quieto, não fazer nada. Aí, eu tô aqui exatamente para fazer alguma atividade que eu possa ganhar alguma coisa, apesar das marcas que eu já passei na minha vida. Foi muito assim, sabe. Um dia, eu lembro até hoje das cicatrizes que eu já passei na minha vida (GF2).

Eu reafirmo, é uma válvula de escape, mesmo aqui, né? Então, você está fazendo tratamento e você não consegue, de repente, trabalhar, não consegue estudar, a sua relação com a família esta muito difícil, a casa ta ficando pequena, você vai tomando o remédio que te deixa grogue, e você vem para cá passa o dia aqui, e pessoas com o mesmo problema (GF1).

Olha, a vida social se expandindo aí, uma função social, uma função intelectual, uma função artística, uma função de convivência, uma função humana eu acho assim acho que o Centro de Convivência é tudo isso pra mim (GF1).

Eu vou daqui direto para casa, do Centro de Convivência para casa, e de casa ao posto de saúde no dia que está marcado. Meu comportamento é esse. Eu fico totalmente trancado dentro de casa. Eu não saio para comprar pão, nem um chinelo. Assim, eu tenho medo de sair e os outros me ataquem. Eu tenho uma neurose danada que eu nem sei da onde que vai vim. Se eu soubesse da onde que ia vim, eu achava a cura, e já estava curado. Então, eu não sei da onde que vai vim, e fico nessa expectativa ruim. É como se eu fosse um boi andando sem saber se eu já estou morto. Você fica perdido em uma situação, morta de medo. Então, eu evito sair, evito a rua, eu evito sempre (GF1).

Mesmo o Centro de Convivência sendo reconhecido como um espaço de circulação e socialização, os dados não evidenciaram discussão de projetos terapêuticos bilaterais entre os usuários e os técnicos que frequentam esses espaços. Pode-se inferir que a prática de negociação e de decisão conjunta sobre o 'desejado' projeto terapêutico ainda não se concretizou.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa, algumas considerações finais sobre o que se procurou mostrar e discutir ao longo do seu desenvolvimento faz-se necessárias para ressaltar que a política de Saúde Mental no município, cenário deste estudo, tem sido fruto de formulações e reformulações, com sucessivas contradições, e subseqüentes mudanças na pratica assistencial e nos saberes no trato com a loucura.

Ao estabelecermos os objetivos, as interrogações que motivaram a realização deste estudo, não tivemos a pretensão de obter todas as respostas, mesmo porque esse processo é dinâmico e nos instiga a formular mais questões, abrindo possibilidades para novas indagações e continuidade de linha de pesquisa.

O que se desenhava como indagações ao longo do estudo tomou forma e foi evidenciando a presença de contrários, de oposições e de tensões presentes na rede de cuidados ao usuário da Saúde Mental.

Ressaltamos que a análise revelou que o modelo assistencial de Saúde Mental representou uma inflexão decisiva para os novos rumos da assistência psiquiátrica no município. Um dos seus efeitos, certamente, foi o de reestruturar o campo da Saúde Mental, com ênfase na criação de serviços substitutivos, o que representou uma ruptura com o aparato manicomial e abriu o campo da assistência para outras leituras possíveis.

O modelo de atenção à SM está descentralizado, ofertando serviços para essa clientela o mais próximo de suas residências, integrando os serviços de saúde em rede e investindo na Atenção Básica, como a porta de entrada do usuário na rede de serviços. Nesse contexto, é possível reafirmar que o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família e dos serviços substitutivos sinaliza um avanço da política do SUS nos últimos 21 anos no município de Belo Horizonte.

Constata-se, contudo, que o desenvolvimento e a implantação do modelo assistencial centrado nos CERSAMS como dispositivo estratégico capaz de funcionar como centro articulador, em uma lógica de rede e considerando a Atenção Básica como parte integrante, vivencia tensões cotidianas derivadas dessa junção e

se revela como um desafio, devido, à complexidade que ainda hoje esse tema e essa ação suscitam.

Ressalta-se que nas modalidades substitutivas em SM todas as estações de cuidado têm que funcionar, pois isso interfere nos resultados esperados. Mesmo com a transferência de responsabilidade para a AB, esse nível de atenção não tem respondido com efetividade, qualidade e resolutividade, o que se constitui em desafio a ser superado na prática.

É relevante destacar que a intervenção conjunta das equipes do CERSAM e das equipes em SM no apoio e referência às equipes do PSF ainda é incipiente, sendo necessário fomentar a corresponsabilização e coparticipação de todos os atores presentes na rede, com vistas a otimizar o cuidado. O que se descortina nesse cuidado é a autonomia possível ao usuário da SM.

O estudo revelou que vincular a Saúde Mental na Atenção Básica, com vistas a construir uma rede de atenção integral para os usuários da Saúde Mental, não tem sido uma proposta fácil. A rede de atenção à Saúde Mental ainda se constitui de forma afastada da rede configurada na AB. Muitos profissionais se defrontam com essa demanda, numa relação de dependência de outros saberes, para compartilhar os planos de cuidados para essa clientela requerendo uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com esse universo, sua lógica e linguagem, o que limita, muitas vezes, suas ações.

O acolhimento desse usuário pelas equipes de Saúde da Família, muitas vezes, configura-se como um dos pontos de estrangulamento da rede substitutiva, formalizada no território por demandar, em muitos casos, a intervenção de profissionais especializados na área de Saúde Mental.

Neste estudo, os dados empíricos mostraram que essa rede é complexa, diversificada, de base territorial e a porta de entrada configurada para a AB ainda não se constitui como o acesso prioritário do usuário na rede de cuidados, deixando de ser referência para a necessária construção de sua autonomia, de sua inserção na vida da sociedade evidenciando a necessidade de construir viabilidade técnica, política e social no cotidiano desses serviços e da sociedade para sua efetiva operacionalização.

Apesar da dificuldade relatada pelos profissionais da Atenção Básica em lidar com a clínica da SM, este encontro configura-se, sim, como algo possível e, principalmente, potente e inferimos que a escuta, o vínculo, o respeito à

singularidade das equipes de saúde da família são conquistas necessárias para otimizar o diálogo, a articulação e a implementação de ações de SM na AB.

O estudo permitiu evidenciar que quando a necessária interface ocorre de forma efetiva a inserção do usuário no seu território de abrangência é facilitada, na medida em que cria vínculos em toda a rede e que tanto as ESF como as ESM se corresponsabilizam, com o cuidado beneficiando o tratamento do usuário, sua circulação na rede.

Neste cenário é importante salientar que a rede de cuidado está sendo configurada por diferentes atores. Infere-se que a dependência institucional diminui quando os laços sociais aumentam. Esta pode ser considerada uma estratégia favorável para a reinserção psicossocial social.

Novas práticas foram inventadas e reinventadas, e se orientam para realizar a gestão do cuidado com base na pluralidade das determinações responsáveis pelo adoecimento, aliada as experiências subjetivas dos sujeitos. Porém, não esqueçamos, com dificuldades na sua implementação.

Contudo, reconhece-se que o fundamental é que a existência dessa rede, mesmo com todos os nós, com toda sua complexidade, pode potencializar o cuidado ao usuário da SM valorizando sua organização autônoma, sua liberdade de circulação na cidade e comunicação.

Sem perder de vista a particularidade subjetiva que cada caso traz, pontua-se que, contando com a rede de cuidados, ou prescindindo dela, a inserção na vida social e cultural nos contextos locais em que o usuário circula, mostra os avanços já conseguidos com o a política de SM no município.

Ressaltamos, porém que é premente para o sucesso da Reforma Psiquiátrica a formulação de políticas públicas intersetoriais que promovam a reabilitação psicossocial do usuário da SM, efetivando estratégias com as instâncias governamentais e a sociedade civil, criando formas de organização social.

Porém, não nos esqueçamos de que cabe ao usuário do serviço de saúde a escolha final se busca ou não os serviços oferecidos, bem como o poder de seguir ou não o tratamento prescrito ou buscar alternativas para o seu sofrimento psíquico, o que nos leva à reflexão para repensar a nossa postura como profissionais de saúde.

Várias são as críticas. Várias são as contradições. Contudo, o que se espera é que as equipes de saúde estejam atentas e recusem a lógica de um

cuidado medicalizante, a psiquiatrização e psicologização do sofrer humano, tão presentes no dia-a-dia dos serviços de SM.

A estratégia da inserção da SM na AB revelou neste estudo uma série de problemas em sua execução. Há que se reconhecer, porém, a incorporação de tecnologias no processo de trabalho, no planejamento e na programação das equipes, que têm potencialidade e podem ser estruturantes para a construção de modelos de Atenção à Saúde. Todavia, faltam evidências de que essa estratégia seja suficiente para implicar o usuário no seu processo de cuidar.

Conclui-se que a prática dos profissionais que compõem as equipes de SM e a lógica do trabalho deverá ser guiada de modo a construir espaço na AB, não apenas como a da porta de entrada do itinerário terapêutico do usuário, mas também como um espaço possível de escuta dos sintomas. As ações desses profissionais devem incorporar uma perspectiva de trabalho ampliada que contemple, para além do tratamento dos agravos, as implicações da inserção social, o propulsor de cidadania e de ampliação de espaços de sociabilidade.

A despeito das dificuldades inerentes a esse processo, para os profissionais entrevistados a RP tem contribuído para os avanços relacionados às suas práticas profissionais. Iniciativas como o apoio da equipe matricial, compartilhando a discussão de casos clínicos com as ESF, as ESM e as equipes do CERSAM, apontam para novas referências e possibilidades para o cuidado humanizado e coerente com a construção da cidadania.

Embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido, podemos afirmar que são incontestes os avanços obtidos. O processo da Reforma Psiquiátrica é irreversível, tendo conquistado um espaço importante, que se encontra consolidado na comunidade científica e nos serviços de saúde e aponta uma nova ordem para a reconstrução da atenção em SM.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 143 p.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Cidadania e Reforma Psiquiátrica. In: MELLO E SOUZA, M.C; COSTA, M.C.S. (Org.). **Saúde Mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto: Legis Summa/ FIERP, 2005, 125-133.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v. 1, p. 735-759.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRES, E.H.G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

BARRETO, Jubel. **O umbigo da Reforma Psiquiátrica**: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF, 2005. 200p.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. AMARANTE, Paulo (Org.). Tradução de Joana Angélica d'Avila. Rio de Janeiro: Garamond, 1985.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em: 28 mar. 2006.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA, Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. Cap. 3, p. 71-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF; 2002.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei n. 3657**, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10. 216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona

o modelo assistencial em Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 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**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Dispõe sobre a criação dos serviços residenciais terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 fev. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental – 1987**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental – 1992**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental – 2001**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 1986**. Brasília, 1986. 21 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica. **O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

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**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRÊDA, Mércia Zeviane. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica de saúde**. 2001. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2001.

CAÇAPAVA, J.R.; COLVERO, L.A. Estratégias de atendimento em Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), 29(4):573-80, dez; 2008.

CAMPOS, C.R. A produção da cidadania – construindo o SUS em Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. Cap.1, p. 11-49.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Porto Alegre, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DECLARAÇÃO de Caracas. In: Conselho Regional de Psicologia 6ª Região. **Trancar não é tratar: liberdade: o melhor remédio**. 2. ed. São Paulo: CRP/6ª, 1997.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas. 1981.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Ivonna S. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2006.

DESCARTES, René. **Os pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 168p.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa. **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico – narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS – Campinas (SP)**. 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental e Atenção Básica: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, jan./dez. 2008.

FIORIN, José Luiz; SAVIOLI, Francisco Platão. **Para entender o texto: leitura e redação**. 13. ed. São Paulo: Ática, 1999.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 13. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva; 1992.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** 2001. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

GOULART, Maria Stella Brandão. **O ambulatório de Saúde Mental em questão: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas**. 1992. 193 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1992.

GOULART, Maria Stella Brandão. Os descaminhos da política de Saúde Mental: um estudo sobre os serviços ambulatoriais nos anos 80. In: FERRARI, I. F.; ARAUJO, J. N. G. (Org). **Psicologia e ciência na PUC MINAS**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004, p. 291-312.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006.

GOULART, Maria Stella Brandão. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo, Brasília: Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia, 2007.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1986. 203p.

KANTORSKI, Luciane Prado. A Reforma Psiquiátrica – um estudo parcial acerca da produção científica. **Rev. Eletrônica de Enfermagem Online**, Goiânia, v. 3, n. 2, jul./dez. 2001.

KITZINGER, Jenny. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas (Org.). Tradução de Ananyr Porto Fajardo. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 3, p. 31-39.

LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúdeloucura 7**. Saúde Mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2002.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LANGDON, E.J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Palestra oferecida na Conferência 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23 ago. 1995. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm#_ftn1>. Acesso em: 01 dez. 2008.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, A.M.; ABOU-YD, M. A cidade e a loucura – entrelaces. In: CAMPOS, C.R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

LOYOLA, Cristina Maria Douat. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 7-10, 2007. (Texto de apresentação do fascículo).

LYRA, Maria Amélia Alves. Desafios da Saúde Mental na Atenção Básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 24, p.57- 656, 2007.

MACHADO, Roberto. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise do discurso**. 3. ed. Campinas: Pontes, 1997. 200 p.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã, 1998, p. 103-120.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de Saúde Mental em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde Deb**, (33): 83-9, 1991.

MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando a experiência do SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Mental. **Relatório de Gestão**: 2003-2006. Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. SOUZA, Marta Elizabeth de (Org.). **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e desafios da organização da Atenção Básica à saúde em Belo Horizonte**. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos; ASSIS, Simone Gonçalves (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; FORTUNATO, Maria Lucinete; FARIAS Maria do Carmo Andrade Duarte. Concepção de sujeito em Saúde Mental. **Psychiatry Online Brazil**, v. 10, n. 9, set. 2005. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 10 jun. 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. Entre a Saúde Mental e a saúde coletiva: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006.

OPAS/OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo**: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: [s.n.], 2001.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise do discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

PAIM, J.S. **Saúde, crises e reformas**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

PAIM, J.S. Modelos de atenção á saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúgia *et al.* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v. 1, p. 547-573.

PÊCHEUX, M. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. Campinas: Pontes; 1990.

PEREIRA, A.A. Saúde Mental para médicos e enfermeiros que atuam no programa de saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. In: Saúde Mental na Atenção Básica. **Cadernos do IPUB**: 24. Rio de Janeiro, UFRJ/IPUB, 2007.

PINHEIRO, Roseni. *et al.* (Org.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007. 284 p.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1996, p. 19-26.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas (Org.). Tradução de Ananyr Porto Fajardo. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

QUINTAS, Renata Martins, AMARANTE Paulo Duarte de Carvalho. A ação territorial do centro de atenção psicossocial em sua natureza substitutiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 99-107, jan./dez. 2008.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Org.). **Cidadania e loucura**: políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 15-73.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial. e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, maio/jun. 2005.

ROTELLI, Franco.; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, Benilton (Org.). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1990, p.41-67.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde / doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 133 p.

SARACENO, Benedito. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu mercado de trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SENA, Roseni Rosângela de; DUARTE, E. D. Contribuição para a construção do percurso metodológico do projeto de classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva. In: CHIANCA, T. C.; ANTUNES, M. J. M. (Org.). **Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: ABEN, 1999, p. 325-333.

SILVA, Ana Luisa Aranha; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 800-806, nov./dez. 2003.

SILVEIRA, Daniele Pinto da. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde**: uma cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. 2003. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

SILVEIRA, Marília Rezende da; ALVES, Marília. O enfermeiro na equipe de Saúde Mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 645-651, set./out. 2003.

SILVEIRA, Marília Rezende da; SENA, Roseni Rosângela de. Diversidade de práticas e saberes: o caso do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família de Nova Contagem/Minas Gerais. **REME. Rev. Min. Enf.**, 9 (1): 59-64, jan./mar. 2005.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 725 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva *et al.* **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico – qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. **A Reforma Psiquiátrica e as associações de familiares**: unidade e oposição. 2002. 214 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

VIGANÒ, Carlo. **A construção do caso clínico em Saúde Mental**. In: *Curinga* - Periódico Semestral da Escola Brasileira de Psicanálise - Sessão Minas Gerais. Belo Horizonte, nº 13, 1999.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, v. 12, n. 1, Rio de Janeiro, jan./apr. 2005.

WHO. Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata, 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, p. 7-10, 2001.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos da Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.

ZENHA, Ronaldo de Oliveira; CUNNINGHAM, Regina M. B. (Tradução). Clínica e reabilitação psicossocial: práticas feita por muitos. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 73-79, nov. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Eu, Marília Rezende da Silveira, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, doutoranda do Programa de Pós-graduação da EEUFMG, sob orientação da Prof^a Dr^a Roseni Rosângela de Sena, estou propondo a realização do estudo “A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário” tendo selecionado como cenário o CERSAM Pampulha e sua área de abrangência. Essa pesquisa tem por objetivo analisar a organização da rede de serviços de saúde, com ênfase no comprometimento e na articulação dessas com as estratégias de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no Distrito Sanitário da Pampulha (DISAP).

Assim, venho solicitar a sua participação nesse estudo, concedendo uma entrevista com o objetivo de conhecer sua visão e idéias quanto a essa pesquisa. Para isto, é necessário esclarecê-lo (a) em relação a alguns procedimentos:

- Será realizada uma entrevista, pela pesquisadora, respeitando o local e o horário escolhidos pelo Sr.(a). Solicito sua anuência para gravar seu depoimento e informo que este poderá ser devolvido e/ou interrompido no momento em que assim o desejar, em qualquer fase da pesquisa, visto que sua participação é voluntária.
- Seu anonimato será seguro, bem como a privacidade e o sigilo absoluto em relação às informações e declarações prestadas antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- Será garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, à pesquisadora, que pode ser encontrada no endereço e telefone que constam no final desta carta. Para mais esclarecimentos sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde/BH e da UFMG.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiro. As gravações estarão seguras e serão inutilizadas após a pesquisa.
- Será garantida a liberdade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para o entrevistado.

- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- Concluída a pesquisa, seus resultados serão divulgados e ficarão disponíveis para consulta.

Agradecendo sua colaboração, solicito a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento.

Atenciosamente,

Marília Rezende da Silveira- Doutoranda

Roseni Rosângela de Sena- Orientadora

Endereço da pesquisadora: E-mail: mrezende@enf.ufmg.br

EEUFMG: AV. ALFREDO BALENA, 190 - CAMPUS SAÚDE - Belo Horizonte / MG.

Telefone: (0xx31) 97526827ou (0xx31) 32489851

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações sobre o estudo acima citado, que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora, *Marília Rezende da Silveira*, sobre a minha decisão em participar da pesquisa “A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o seu desenvolvimento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu ou o equipamento de saúde possa ter adquirido.

Belo Horizonte, _____ / _____ / 2008.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista para as equipes de Saúde da Família

1-Identificação

Formação profissional:

Tempo de trabalho na ESF

2- Questões norteadoras

- Fale-me de seu trabalho nessa equipe de PSF
- Você desenvolve alguma atividade com as Equipes de Saúde Mental? E com o usuário?
- Como você percebe a Reforma Psiquiátrica no município de Belo Horizonte?
- Quais são as articulações existentes entre as ações desenvolvidas por essa equipe com os demais serviços da rede municipal de saúde para resolver os problemas e demandas de saúde do usuário de SM inscrito neste serviço? Comente a referência e a contrareferência para estes casos.
- Existe alguma estratégia para contribuir com a inserção do usuário de SM na sua área de abrangência? Cite exemplos.
- A que você atribui a permanência ou não do usuário de SM na área de abrangência?
- Explique como você lida com uma situação concreta de doença mental no cotidiano desse serviço.
- Na sua prática, quais são os fatores determinantes no encaminhamento do usuário de SM para os demais serviços?
- Quais são os conhecimentos básicos que as ESF devem ter para lidar com os problemas de SM?
- Quais são as ações de educação permanente desenvolvidas para apoiar o trabalho dos profissionais deste serviço para o atendimento ao usuário de SM? Cite exemplos.

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista para as equipes de Saúde Mental

1-Identificação

Formação Profissional:

Tempo de trabalho na ESM

2- Questões norteadoras

- Fale-me de seu trabalho nessa equipe
- Quais são as articulações existentes entre as ações desenvolvidas por essa equipe com os demais serviços da rede para resolver os problemas e demandas de saúde do usuário da Saúde Mental inscrito neste serviço? Comente a referência e a contra referência para estes casos.
- Como funciona o encaminhamento do usuário para os demais serviços de saúde e assistência social?
- Em que momento você encaminha o usuário para atendimento no PSF?
- Na sua prática, como você lida com uma situação concreta de crise psiquiátrica no cotidiano desse serviço?
- A que você atribui à permanência ou não do usuário na área de abrangência?
- Quais são os conhecimentos básicos que as ESF devem ter para lidar com os problemas de SM?
- Quais são as ações de educação permanente desenvolvidas para apoiar o trabalho dos profissionais do PSF?
- Indique dois casos considerados exitosos quando referenciados para área de abrangência e dois casos de usuários que não conseguiram se vincular no seu território de origem.

APÊNDICE D

Roteiro de entrevista para os técnicos que atuam no CERSAM

1-Identificação

Formação profissional:

Tempo de trabalho no CERSAM

Capacitação prévia para trabalhar no CERSAM

2- Questões norteadoras

- Fale-me de seu trabalho nessa equipe.
- Quais são as articulações existentes entre as ações desenvolvidas por essa equipe com os demais serviços da rede municipal de saúde para resolver os problemas e demandas de saúde do usuário de SM inscrito neste serviço? Comente a referência e a contrareferência para estes casos e a continuidade do plano terapêutico do usuário.
- O que a experiência do trabalho nesse serviço, hoje territorializado, tem esclarecido sobre as reais possibilidades e desafios no tratamento do usuário da Saúde Mental?
- O que os territórios têm revelado de solução ou impedimento, invenção ou inércia na condução terapêutica dos casos por você atendida?
- A que você atribui a permanência ou não do usuário na área de abrangência?
- Indique dois casos considerados exitosos quando referenciados para a área de abrangência e dois casos de usuários que não conseguiram se vincular no seu território de origem.

APÊNDICE E

Roteiro para o Grupo Focal

Questões norteadoras

- Fale de sua experiência como usuário dos serviços de Atenção à Saúde Mental?
- Como essa enfermidade/ doença influencia o seu cotidiano?
- Fale de você no CERSAM.
- Fale de você no Centro de Convivência
- Como é o seu retorno para o seu grupo social?
- Fale de seus interesses pessoais, de suas inquietações no dia- a-dia.

ANEXOS

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COEP/ BH



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 007/2007 B

Projeto: “Práticas da atenção básica na estratégia de cuidado ao usuário com sofrimento psíquico.”

Nome da Pesquisadora: Marília Rezende da Silveira

Orientador: Roseni Rosângela de Sena

Projeto de Pesquisa articulado a Tese de Doutorado.

Instituição responsável:

Universidade Federal de Minas Gerais / Escola de Enfermagem

Descrição:

1) Trata-se de um projeto de tese que tem como objeto analisar a organização da rede básica de serviços de saúde do Distrito Sanitário da Pampulha com ênfase nos saberes e práticas que se articulam nas estratégias de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico.

2) Descrição, Metodologia e Base Teórica

O projeto faz parte de processo de conclusão de um programa de doutorado. O seu campo é o distrito sanitário da Pampulha – unidades de atenção básica e Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM)– envolvendo com sujeitos usuários de saúde mental, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e profissionais de saúde mental das equipes de saúde mental de referência em UBS e do CERSAM.

Trata-se de uma pesquisa com desenho metodológico e fundamentação qualitativa, descritivo, na linha da Análise do Discurso. Como instrumento de coleta de dados empregara visitas ao campo, rodas de conversa, entrevistas semi-estruturadas.

O cotejamento do marco teórico com os objetivos e metodologia mostra consistência suficiente.

3) Termo de consentimento e garantias dos sujeitos de pesquisa.

A pesquisadora reconhece os “constrangimentos”, termo que ela mesma usa, para os sujeitos, neste tipo de pesquisa – que envolve interação pesquisador/pesquisado. Trata-se de um desenho de pesquisa que envolve os “riscos” associados à circulação da palavra e a efeitos de captura dos sujeitos/objetos no discurso de outrem, portanto são necessárias garantias precisas aos sujeitos.

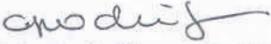
Neste sentido a pesquisadora garante:

- que os sujeitos não serão identificados.
- as entrevistas somente serão gravadas com a anuência do sujeito.
- não participarão usuários em situações de crise e sua inclusão passará por uma discussão sobre esta possibilidade com a equipe de referência dos mesmos, se garantindo o direito de interrupção dos depoimentos assim que o sujeito o requerer.
- A pesquisadora garante a segurança do material gravado e os inutilizará após a conclusão.
- A pesquisadora garante o acesso dos sujeitos à mesma durante todo o processo de pesquisa – o seu endereço como pesquisadora esta anotado no TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Sugerimos que se coloque, também, no TCLE o endereço do COEP-SMSA-PBH
- O financiamento da pesquisa ficará a cargo da pesquisadora, conforme delineado no protocolo. Os sujeitos não terão qualquer ônus financeiro.
- O TCLE foi elaborado segundo as formas de abordagem metodológicas. Assim, há um TCLE para as “Rodas de Conversa” e TCLE para entrevistas semi-estruturadas.
- Os TCLEs estão formalizados em linguagem clara, delineiam com consistência os objetivos e desenho da pesquisa, bem como explicitam com clareza as garantias observadas acima.

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


 Celeste de Souza Rodrigues
 Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
 Gerência de Vigilância em Saúde e Informação - SMSA/BH

Belo Horizonte, 24 de abril de 2007.

ANEXO B**APROVAÇÃO DO COEP /UFMG**

	Universidade Federal de Minas Gerais Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP
---	--

Parecer nº. ETIC 0286/07

Interessado(a): Profa. Roseni Rosângela de Sena
Depto. Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem -UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de julho de 2007, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **“Práticas da atenção básica na estratégia de cuidado ao usuário ao sofrimento psíquico”** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Coordenadora do COEP-UFMG