

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

MARIA ALINE GOMES BARBOZA

**INTEGRAÇÃO DA SAÚDE MENTAL COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE:
Estudo de Caso Etnográfico no município de Ipatinga-MG**

**Belo Horizonte
2009**

Maria Aline Gomes Barboza

INTEGRAÇÃO DA SAÚDE MENTAL COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE:
Estudo de Caso Etnográfico no município de Ipatinga-MG

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado da Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em
Psicologia

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof^a Dra.
Izabel C. F. Passos -
Universidade Federal de
Minas Gerais

Dedico este trabalho a minha irmã, Aldine Mara.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Izabel, pela acolhida constante na minha trajetória acadêmica. O que fica é a amizade;

Ao Marcelo, “co-mestrando”, pela presença amorosa, fecunda de sentido, em todas as fases desse trabalho. Obrigada pelo suporte página por página;

Aos meus pais, pelo incentivo à formação profissional permanente;

Aos amigos, com quem compartilho “sonhos que não envelhecem” e que me encorajam desde sempre a prosseguir nesse caminho;

À Clarissa, pela amizade e apoio na pesquisa;

À Mirtes, pela escuta no período de conclusão desse trabalho;

À Gerlice, pela prontidão na ajuda ortográfica;

Aos colegas do Mestrado, com os quais pude compartilhar discussões importantes com relação à vivência discente;

Aos colegas de trabalho de Ipatinga, participantes dessa pesquisa, pela companhia cotidiana no desafio de construção do SUS;

Ao Programa de Saúde Mental e Departamento de Atenção à Saúde da Prefeitura Municipal de Ipatinga, pela liberação de realização desse trabalho;

À CAPES, pelo auxílio financeiro na fase inicial do curso do Mestrado;

A Deus, que caminha comigo.

“Um homem precisa viajar. Por sua conta, não por meio de histórias, imagens, livros ou TV. Precisa viajar por si, com seus olhos e pés, para entender o que é seu. Para um dia plantar as suas árvores e dar-lhes valor. Conhecer o frio para desfrutar o calor. E o oposto. Sentir a distância e o desabrigo para estar bem sob o próprio teto. Um homem precisa viajar para lugares que não conhece para quebrar essa arrogância que nos faz ver o mundo como o imaginamos, e não simplesmente como é ou pode ser; que nos faz professores e doutores do que não vimos, quando deveríamos ser alunos, e simplesmente ir ver.”

Amyr Klink

RESUMO

Este trabalho é um relato sobre a construção de percepções e práticas em saúde mental pelos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde (APS) – integrantes de equipes de saúde da família e de saúde mental - produzido através do estudo de caso etnográfico realizado na rede de saúde do município de Ipatinga – MG. Destacamos no processo de pesquisa a implicação da inserção da pesquisadora em campo, também trabalhadora do Programa Municipal de Saúde Mental. Buscamos penetrar os desafios da Reforma Psiquiátrica no seu fazer cotidiano, a partir de um exemplo singular de transformações da assistência em saúde mental, com um olhar privilegiado para o detalhe e para o desenrolar do processo. A existência de um grupo numeroso de profissionais de psicologia na rede primária dessa cidade contribuiu significativamente para a produção de ações em saúde mental na APS, o que possibilitou a construção uma referência local não-médica para esse tipo de atenção. O caso de Ipatinga é um processo rico em contradições, mas também em “ensaios”, o que atesta a importante abertura para a experimentação tão característica do campo da saúde coletiva e da saúde mental. Uma das principais contribuições da experiência dessa pesquisa é a constatação de que a integração da saúde mental na APS é um desafio permanentemente atravessado pelas condições históricas, ideológicas e políticas dos sistemas de saúde locais e da implicação de seus atores. Esse desafio aponta para a construção de uma rede de saúde no SUS que não deve partir de um serviço apenas - da APS ou do Centro de Atenção Psicossocial, por exemplo – pois esse serviço acaba por se tornar central e concentrador como foi o caso do serviço de psicologia na APS de Ipatinga. A proposta da rede aproxima-se mais de uma organização poliárquica em que os serviços territoriais possam ser tornar cada vez mais abertos ao próprio território, e menos de uma rede hierarquizada em que os serviços se fecham em si mesmos.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Primária em Saúde, Estudo de Caso Etnográfico.

ABSTRACT

This paper is a report on the construction of perceptions and practices in mental health of workers by the Primary Healthcare (APS) - members of teams in the family health and mental health - produced through ethnographic case study conducted within the health system of the City of Ipatinga - MG. This research involved the insertion of the researcher in the field, also employed by the City Mental Health Program. We aim to get into the challenges of Psychiatric reform in its daily life, from a singular example of the changes in mental health, with an eye for detail and privileged to unroll the process. The existence of a large group of psychology professionals in the health system of this city contributed significantly to the production of actions to the mental health in the Primary Healthcare (APS), which allowed the construction of a non-medical local reference to that type of attention. The events of Ipatinga is a process full of contradictions, but also to "test", which shows the important openings for experimentation, which is characteristic in the field of public health and mental health. One of the main contributions from the experience of this research is the fact that the integration of mental health in the APS is a constant challenge linked by historical conditions, ideological and political systems of local health and the involvement of its parties. This challenge points out to the construction of a health care network within SUS that should not only come from a service - the APS or Center for Psychosocial Care, for example - because this service will eventually become a central hub as has happened to the service of the Primary Healthcare Unit of Ipatinga. The proposed network is more likely to be a polyarchal organization where local services can be increasingly open to any territory, and less of a hierarchical network in which the services are closed within themselves.

Keywords: Mental Health, Primary Healthcare, Ethnography.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC	Autorização para Procedimento de Alto Custo
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial modalidade II
CLIPS	Clínica Psicossocial
DEASA	Departamento de Atenção à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FHEMIG	Fundação Hospitalar de Minas Gerais
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LAPA/UNICAMP	Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde / Universidade de Campinas
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAIS	Núcleos de Atenção Integral à Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PSM	Programa de Saúde Mental
SESAMO	Serviço de Saúde Mental de João Monlevade
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SM	Saúde Mental
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 01 - SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ENCONTROS E DESENCONTROS NAS POLÍTICAS E NAS PRÁTICAS	18
1.1 Movimentos da Reforma Psiquiátrica no mundo: retomando os principais questionamentos feitos à instituição psiquiátrica tradicional	18
1.2 A construção da Política de Saúde Mental no Brasil: o movimento pela Reforma Psiquiátrica e suas relações com o Movimento Sanitarista	27
1.2.1 Primeiro período: 1978 – 1982 (São Paulo e Minas Gerais), e 1978-1980 (Rio de Janeiro).....	28
1.2.2 Segundo Período: 1980 – 1987 (Rio de Janeiro), e 1982-1987 (São Paulo e Minas Gerais)	31
1.2.3 Terceiro Período: 1987-1992.....	33
1.2.4 Quarto e quinto períodos: 1992 a 2001	39
1.2.5 Sexto período: 2001 aos dias atuais	44
1.3 A Atenção em Saúde Mental em Minas Gerais e sua articulação com a APS: Orientações dos gestores	51
CAPÍTULO 02 - METODOLOGIA	54
2.1 O estudo de caso etnográfico	54
2.2 Sobre a pesquisa de campo	61
2.3 Sobre a implicação da pesquisadora	63
CAPÍTULO 03 - DO SERVIÇO AMBULATORIAL PSICOLÓGICO AO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: EXPERIMENTAÇÕES NA REDE PRIMÁRIA	70
3.1 Campo da pesquisa	70
3.2.1 A Unidade de Saúde da Família Esperança II.....	71
3.2.2 Clínica Psicossocial - CLIPS	75
3.2.3 Reuniões gerais do Programa Municipal de Saúde Mental.....	79

3.3	Compreendendo o modo de funcionamento da rede local de Saúde Mental.....	80
3.3.1	Implantação do serviço ambulatorial da psicologia na APS	82
3.3.2	Início do movimento local pela Reforma Psiquiátrica: reunião dos trabalhadores na crítica ao asilo e para a constituição de uma equipe de saúde mental.....	86
3.3.3	Intervenções sanitárias na rede local de saúde.....	90
3.3.4	A saúde mental como campo de trabalho da equipe: a proposta de um centro de referência e de práticas na APS.....	95
3.3.5	O projeto do Centro de Referência em Saúde Mental e a definição de uma política municipal própria.....	98
3.3.6	“Ensaio” a saúde mental na APS.....	101
3.3.7	A trajetória paralela de alguns membros da equipe: a mobilização da sociedade civil para a Reforma Psiquiátrica local	106
3.3.8	Uma psicóloga na gestão: retomando a equipe de saúde mental e seus projetos.....	109

CAPÍTULO 04 - O PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL: A CONSTRUÇÃO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A CENTRALIZAÇÃO DA REDE NA APS

4.1	A demanda para a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial.....	112
4.3	A implementação do Programa de Saúde da Família: fortalecimento da proposta de centralização da rede de saúde mental na APS.....	117
4.4	A construção do CAPS: divergência de concepções e do lugar deste dispositivo na rede assistencial.....	119
4.5	Perspectivas atuais do Programa de Saúde Mental	125
4.6	O caso da USF Esperança II: integrando a saúde mental na APS dentro do contexto do Programa Municipal de Saúde Mental	129
4.7	Ano de 2009: avanço, retrocesso, estagnação ou fim?	147

CONCLUSÃO

BIBLIOGRAFIA

APÊNDICES 165

ANEXOS 170

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um relato sobre a construção de percepções e práticas em saúde mental pelos trabalhadores da APS – integrantes de equipes de saúde da família e de saúde mental - construído através do estudo de caso etnográfico realizado na rede de saúde do município de Ipatinga – MG. Optamos pela realização do estudo de caso nesse município em função da minha aprovação em concurso público e contratação como trabalhadora da rede, no momento em que iniciava a pesquisa de campo do projeto de Mestrado, no ano de 2008.

A escolha por tal nível de organização dos serviços em saúde – APS – se deu pelo interesse na reflexão sobre o potencial que as ações desses serviços têm em termos de aproximação entre a realidade social concreta da população e os recursos humanos e materiais que se destinam ao atendimento das demandas em saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa à reorganização da APS no Brasil, tem por objetivo reorientar todo o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) no sentido da integralidade, articulando de maneira contínua tratamento e promoção de saúde junto à comunidade, de maneira interdisciplinar e territorializada (BRASIL, 2006b). É importante lembrar, entretanto, que a capilaridade das ações das equipes de saúde da família no território, como já discutido por Tesser (2006a, 2006b), pode ter efeito contrário ao objetivo de substituição do modelo assistencial tradicional. Segundo esse autor, a ESF tem o potencial de legitimação do modelo biomédico em decorrência da extensão que as práticas técnicas dos profissionais de saúde podem alcançar, podendo se tornar um mecanismo de medicalização social da vida.

No período de prática de estágios, ainda na graduação, estive durante um semestre letivo acompanhando as atividades de duas equipes de saúde da família. Durante esse período, busquei conhecer a dinâmica de trabalho daquelas equipes e também os modos sócio-culturais de vida da população atendida. Procuramos conhecer a rede social na qual a unidade de saúde se encontrava inserida. Ao longo das reuniões de equipe, um assunto recorrente me chamou a atenção. Os profissionais relatavam dificuldades em lidar com as queixas de vários usuários que não eram enquadrados em um diagnóstico grave de psicopatologia, uma vez que, neste caso, a providência que lhes parecia natural era o encaminhamento para um atendimento especializado. O grande desafio para os profissionais eram aqueles

usuários que apresentavam alguma forma de sofrimento mental de tipo comum ou decorrente de questões sociais. Não havia na unidade de saúde atividades especificamente direcionadas para esse público e a comunicação com a rede especializada de saúde mental e com outras políticas sociais era precária. Lembro-me de uma médica que, ao medicar uma usuária com um benzodiazepínico, disse que a medicação não seria a melhor opção, apesar de ser o único recurso que teria para oferecer mediante a queixa da senhora que estava preocupada com o envolvimento da filha com traficantes.

Meu interesse no campo da saúde mental se deu ainda na graduação, quando comecei a participar do Projeto PRISMA (Práticas Interdisciplinares de Saúde Mental na Academia), um projeto de pesquisa e extensão desenvolvido pelo Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais da FAFICH-UFMG (LAGIR), e é coordenado atualmente pela orientadora desta pesquisa. Inicialmente, atuei como voluntária na organização de Simpósios de Saúde Mental e como estagiária junto a equipes de saúde da família do município de Vespasiano - MG. No Programa de Pós-graduação em Psicologia tenho desenvolvido estudos junto à linha de pesquisa “Cultura e Subjetividade”, o que tem me permitido aprofundar as dimensões sócio-culturais envolvidas nas práticas em saúde coletiva¹.

Nas atividades do LAGIR, pude conhecer a contribuição da abordagem etnográfica para as pesquisas em Ciências Humanas e da Saúde, especialmente para a Saúde Mental e Coletiva. Com relação às práticas metodológicas, tive contato com um cruzamento metodológico interessante para pesquisas qualitativas que visam ao estudo de um tema tal como os sujeitos envolvidos na realidade abordada o concebem, experimentando a utilização de métodos como o estudo de caso, entrevistas, observação participante, diário de campo, dentre outros.

Encontrei muitos desafios na trajetória dessa pesquisa. O ano de 2008, em que iniciei o trabalho de campo, foi marcado por muitos atravessadores que, num primeiro momento, mostraram-se como dificultadores do trabalho. Porém, à medida que a imersão no campo de pesquisa avançava, percebi que tais atravessadores eram fatores fundamentais na dinâmica cultural do município em questão e que não poderiam ser postos à parte em uma análise do cotidiano de um

¹ No projeto PRISMA, participei também, como bolsista de apoio técnico-CNPq, de pesquisa etnográfica sobre os modos de significação da loucura na cidade de Barbacena-MG, estudo integrante de uma pesquisa mais abrangente que visa a comparar o estudo de caso dessa cidade com o estudo de caso já finalizado de Prados – MG.

serviço público. Disputa eleitoral, rotatividade gerencial, nomeação de profissionais concursados, ameaças de demissão e não-renovação de contrato de profissionais contratados, inexistência formal do cargo de Coordenação Municipal de Saúde Mental me proporcionaram conhecer a complexidade da realidade empírica numa pesquisa de campo de cunho etnográfico.

O contato com uma forma diferenciada de organização dos serviços, especialmente no que tange à lotação de psicólogos em unidades da APS, me exigiu mudança nos objetivos. A idéia que tinha até então com relação ao trabalho da psicologia na Atenção Primária era da circulação deste profissional nas atividades rotineiras das equipes de saúde da família, tendo por foco a saúde mental, em sua definição ampliada, e no sentido da promoção de saúde em conjunto com outros atores sociais e recursos comunitários. Fazia parte dessa minha percepção a noção do trabalho matricial, de discussão dos casos mais graves de saúde mental junto à equipe de saúde da família e da realização do acolhimento por estas equipes de todos os tipos de usuários, inclusive os da saúde mental.

Como pesquisadora e trabalhadora recém-chegada a uma realidade de organização de serviços diferente daquela com a qual estava acostumada; vivenciei o “estranhamento” em campo. Tal fato se deu principalmente por encontrar no município de Ipatinga, para cada UBS/USF, um psicólogo de referência assistencial direta ao usuário, cumprindo agenda de consultas individuais e oferecendo acolhimento “porta-aberta” para qualquer usuário que demandasse o atendimento psicológico. No início da pesquisa, a atividade da preceptoría em saúde mental (similar ao trabalho das equipes matriciais) ainda não estava sistematizada, o que reforçou, num primeiro momento, a idéia de ambulatorização do trabalho “psi” nas UBS/USF.

Motivada por este incômodo com a realidade encontrada, mudei o direcionamento do olhar para a realidade, que teve que ser ampliado. O objetivo do projeto inicial dessa pesquisa², avaliado pela banca de qualificação, foi suspenso para que os principais nós imbricados na prática em saúde mental na APS, indicados pelos atores envolvidos no cenário de pesquisa escolhido, fossem percebidos e analisados.

² O projeto inicial teve por objetivo conhecer as práticas desenvolvidas por equipes de saúde da família para lidar com as demandas de saúde mental, analisando nessas práticas a importância e a forma de utilização de psicofármacos pelas equipes da ESF.

Optei por aprofundar o estudo de caso, trazendo para este trabalho um relato descritivo sobre a experiência de integração da saúde mental com a APS, prática ainda em construção em todo o país, de um município que não possuiu hospital psiquiátrico em seu território, e que iniciou a implementação de práticas em saúde mental substitutivas à prática de internação hospitalar a partir da rede primária de saúde antes mesmo da criação do CAPS municipal. O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – é o dispositivo substitutivo às práticas de internação hospitalar que mais se destacou no processo de Reforma Psiquiátrica no país, cujo público alvo se constitui de pessoas portadoras de sofrimento mental severo e/ou persistente, durante o período de agudização da crise³. No caso de Ipatinga, a equipe de saúde mental, cuja maioria dos profissionais era, e ainda é, constituída por psicólogos lotados na APS, reivindicou para o seu próprio serviço o atendimento desta clientela potencial para um CAPS, construindo trajetórias que apresentaram ora continuidades, ora descontinuidades com a proposta de substituição e diversificação das práticas especialísticas tradicionais no cuidado em saúde mental. Neste processo, observa-se que a APS toma um lugar privilegiado e mais central do que o próprio centro de referência. É importante considerar que a pesquisa não teve como foco inicial a análise do percurso da psicologia no campo da saúde mental pertencente às ações do SUS, porém percebe-se que a existência de um grupo numeroso destes profissionais na rede primária de Ipatinga contribuiu significativamente para a produção de ações em saúde mental na APS, o que possibilitou a construção de uma referência não-médica para esse tipo de atenção.

No capítulo 01, situo na literatura especializada o desafio que representa a integração da saúde mental com a APS, expondo encontros e desencontros desta integração através de periodizações das trajetórias tanto do movimento pela Desinstitucionalização Psiquiátrica, quanto do Movimento Sanitarista, trabalhando simultaneamente com a periodização proposta por Paulo Amarante (1995) e a proposta por Eduardo Vasconcelos (2000).

No capítulo 02, descrevo a metodologia do estudo de caso etnográfico e as implicações inerentes ao lugar ambíguo de trabalhadora e pesquisadora da rede de saúde de Ipatinga-MG.

³ Este dispositivo, regulamentado no Brasil pela Portaria nº 336 do ano de 2002 será mais bem detalhado ao longo do trabalho.

No capítulo 03, faço a localização do campo empírico da pesquisa, a rede municipal de saúde constituída de diferentes dispositivos em que se encontram trabalhadores da saúde mental e equipes de saúde de família. Apresento ainda neste capítulo as experimentações de atendimento aos quadros graves de saúde mental na APS pela equipe de saúde mental em formação ao longo da década de 1990.

No capítulo 04, descrevo o processo de inauguração do Programa Municipal de Saúde Mental que encontrei sistematizado quando da inserção na rede de saúde de Ipatinga-MG. Este processo, ocorrido no início da década de 2000, foi simultâneo à implementação do Programa de Saúde da Família, destacando a APS do município. Mesmo com a criação de um CAPS no município, o trabalho em saúde mental desenvolvido na APS tornou-se fundamental e, muitas vezes, mais importante do que o próprio centro de referência no cuidado em saúde mental. Descrevo também o caso particular da USF Esperança II, os pontos de encontros e de fragmentação na integração da saúde mental com APS a partir da inserção do trabalho da psicologia nessa unidade.

Na conclusão deste trabalho, retomo algumas temáticas apresentadas ao longo do texto que problematizam a integração da saúde mental com a APS a partir do estudo de caso no município de Ipatinga-MG.

CAPÍTULO 01 - SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ENCONTROS E DESENCONTROS NAS POLÍTICAS E NAS PRÁTICAS

O objetivo deste capítulo é situar a problematização proposta por esta pesquisa que diz respeito ao grande desafio que representa a integração da Saúde Mental com a Atenção Primária em Saúde (APS). A partir da exposição sobre a trajetória da construção das políticas de saúde mental no Brasil, destaco encontros e desencontros entre as proposições do movimento pela Desinstitucionalização Psiquiátrica e do Movimento Sanitarista que vem propor novas diretrizes para a APS no país. A referência aos movimentos estrangeiros de Reforma Psiquiátrica será feita no sentido de situar o movimento brasileiro no contexto internacional, com o qual compartilha também encontros e desencontros.

1.1 Movimentos da Reforma Psiquiátrica no mundo: retomando os principais questionamentos feitos à instituição psiquiátrica tradicional

No cenário internacional, os primeiros movimentos pela desinstitucionalização psiquiátrica começaram a surgir em meados do século XX, após a Segunda Guerra Mundial. Desviat (2002) lembra que críticas ao modelo asilar podem ser localizadas ao longo do próprio processo de consolidação deste modelo, porém se destacaram no pós-guerra por conta do crescimento econômico, da reconstrução social e da emergência de movimentos civis pautados pela luta em prol da liberdade, igualdade e tolerância nos países afetados pela guerra. Dentre os fatores desencadeadores da crítica ao modelo assistencial vigente, destacava-se ainda a descoberta dos psicotrópicos e a adoção da psicanálise em instituições da psiquiatria.

As modalidades de questionamentos e de propostas de reorganização da assistência psiquiátrica foram diferentes, influenciadas pelas características do sistema sóciopolítico e sanitário de cada país. Dois caminhos foram propostos para os manicômios: sua transformação em uma instituição terapêutica, como no caso da Psicoterapia Institucional Francesa e da Comunidade Terapêutica Inglesa; ou o seu desaparecimento progressivo e substituição por outras formas comunitárias de assistência, como no caso da experiência da Psiquiatria Democrática Italiana e a

experiência de desinstitucionalização ocorrida nos Estados Unidos. Essa última, diferentemente da primeira, propôs a implantação de centros assistenciais comunitários substitutivos, porém não foi além da desospitalização dos pacientes de hospitais psiquiátricos, sem a construção de uma rede efetivamente substitutiva e comunitária de cuidados, como propugnava oficialmente a política de psiquiatria social deste país (BARROS, 1994).

Três conceitos estiveram presentes na reflexão teórica e prática para as novas configurações de serviços psiquiátricos dos países europeus, são eles: divisão das cidades em zonas territoriais de abrangência dos serviços de base, continuidade do tratamento e integração dos três níveis de atendimento em saúde - primário, secundário e terciário (DESVIAT, 2002).

A Psicoterapia Institucional Francesa (PI) foi a “tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio”, segundo Franco Rotelli (1994, p.25). Entende-se nesta proposta que o hospital deva retornar a sua função original de cura e tratamento das doenças mentais, desvirtuada “em conseqüência do mau uso das terapêuticas e da administração, e ainda do descaso e das circunstâncias político-sociais (...) tornando-se lugar de violência e repressão” (AMARANTE, 1995, p.34). O pensamento central era que as instituições também teriam características doentias, e que em instituições totais, como o manicômio, todos estão doentes. Por isso, a instituição como um todo é que precisaria ser tratada através de uma “escuta analítica coletiva”, e de um “conjunto de ações que permitem a criação de campos transferenciais multifocais” (ROTELLI, 1994, p.25). Com forte presença da psicanálise, a PI defende a permanência do hospital psiquiátrico como lugar de acolhimento do psicótico e mantém críticas com relação à verticalidade da atenção hospitalar, ao poder médico e à segregação asilar, buscando o “coletivo” entre pacientes e técnicos (AMARANTE, 1995, p. 35). Apesar da importância da PI na experiência francesa, segundo Izabel Passos (2001, p.09), ela “não legou ao quadro geral da saúde mental do país uma marca fundamental, tendo apenas alguns de seus pressupostos teóricos-clínicos sido incorporados por uma ou outra equipe de setor”.

O sistema público de saúde da França é definido pela política de setor, oficializada na década de 1960. Com a adoção dessa política, a assistência psiquiátrica passou a ser realizada de maneira territorializada, não segregada, na

própria comunidade, e a passagem pelo hospital é interpretada como uma fase transitória do tratamento (AMARANTE, 1995, p. 37).

Segundo Passos (2001), em estudo comparativo sobre as experiências francesa e italiana de desinstitucionalização psiquiátrica, o setor francês de saúde mental é organizado a partir de uma equipe multiprofissional única, que se responsabiliza por uma população de 70 a 80 mil pessoas. Essa equipe é lotada num hospital psiquiátrico ou geral e tem por coordenação um psiquiatra-chefe. O grupo se subdivide em equipes menores que serão referência em várias estruturas construídas dentro e fora do hospital, pertencentes a uma região, urbana ou rural, circunscrita para aquela sub-equipe. Para ofertar ações que contemplem desde a prevenção até o pós-cura, cada setor dispõe de estruturas extra-hospitalares diversificadas, o que faz a rede de psiquiatria francesa complexa. A autora pontua que há grandes desigualdades de recursos entre os setores, e que eles “dependem da capacidade de trabalho da equipe e do poder político-administrativo de negociação do chefe de setor” (PASSOS, 2001, p. 10).

O hospital na política de setor, mesmo sendo considerado momento transitório no tratamento, tem papel importante na rede assistencial psiquiátrica francesa. Esse, segundo Passos (2001), se constituiu como o “centro de gravidade” do sistema psiquiátrico público francês. A instituição asilar continuou sendo aquela que “cuida da loucura, define políticas e produz teorias, mesmo aquelas *libertárias*” (PASSOS, 2001, p. 12, grifo do autor). A lógica institucional dominante é uma lógica clínico-institucional, de tradição clínico-humanista, que tem se deparado, nos últimos anos, com a expansão da psiquiatria liberal, desvinculada dos hospitais públicos, cuja perspectiva aproxima-se de práticas mais medicamentosas e biologicistas (PASSOS, 2001).

A principal crítica a este modelo é sintetizada por Rotelli a seguir:

A experiência francesa de setor não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com serviços externos, e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos “normais” e cada vez mais distantes do tratamento das situações de loucura (ROTELLI, 1994, p. 150).

Passos (2001), ao discutir sobre o processo de dicotomização entre o trabalho propriamente clínico e o trabalho psicossocial e político presente no imaginário de equipes de saúde mental, descreve como as práticas psicanalíticas na experiência de setor francesa eram desenvolvidas. Segundo esta autora, os psicanalistas e também psicoterapeutas de outras filiações teóricas, que ocupavam a função de terapeutas, não faziam parte efetivamente das equipes multiprofissionais do setor. Estes terapeutas

(...) apenas atendem os pacientes que lhes cabem em consultórios bem equipados, através de consultas previamente marcadas por uma secretária eficiente. Esses consultórios, em nada diferentes de consultórios privados, se, geograficamente situam-se anexos ou distantes das outras estruturas, simbolicamente e na prática, mantêm-se totalmente separados do funcionamento dos centros psicossociais. Consultas é tudo o que fazem os psicoterapeutas nesses centros de consultas (PASSOS, 2001, p. 15).

Além do fato de cultura profissional citado acima, Passos (2001) indica elementos do quadro político francês que ofereceram garantia para a normatização e cobertura assistencial psiquiátrica em todo o país, porém dificultaram transformações mais radicais na instituição psiquiátrica. São eles: a forte centralização em um Estado Protetor que, mesmo numa dita crise, assegurou vasta cobertura assistencial social; o forte institucionalismo das práticas médicas e o apego a leis socialmente legitimadas. Como observa a autora, as experiências “mais ousadas e menos formalistas são locais, sem reflexo no contexto institucional mais amplo” (PASSOS, 2001, p. 12)

Para Amarante (1995), a prática da experiência de setor não alcançou os resultados esperados

(...) seja pela resistência oposta por grupos intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores à possível invasão das ruas pelos loucos ou, ainda, seja pela muito mais custosa implantação dos serviços de prevenção e *pós-cura* (AMARANTE, 1995, p. 37, grifo do autor).

Como no caso da experiência francesa, a partir de constatação da necessidade de crítica à instituição psiquiátrica, Rotelli (1994) expõe crítica à experiência inglesa de comunidade terapêutica:

A experiência inglesa da Comunidade Terapêutica foi uma experiência importante, de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico (ROTELLI, 1994, p. 150).

As Comunidades Terapêuticas foram a tentativa de criação de microssociedades dentro do espaço asilar. Como uma proposta de humanização das relações intra-hospitalares, essa experiência de reforma inglesa preconizou o “envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, assim como faz da *função terapêutica* uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade” (AMARANTE, 1995, p. 30, grifos do autor). A formação de grupos, reuniões e assembléias foram estratégias privilegiadas, no intuito da democratização das relações entre internos e técnicos. O caráter terapêutico era percebido como inerente à concepção de comunidade, “entendida como contendo em si mesma princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição” (AMARANTE, 1995, p. 31). Porém, essa experiência inglesa, à semelhança da Psicoterapia Institucional, acabou por reduzir-se apenas ao espaço asilar, pois

A intervenção terapêutica na comunidade externa dá-se como complemento em nítida analogia com os primeiros asilos especiais, sem a discussão sobre as causas externas, não necessariamente da enfermidade mental, mas da reclusão no asilo (AMARANTE, 1995, p. 33).

O processo inglês, entretanto, nos últimos anos evoluiu para um sistema comunitário bastante complexo, hierarquizado, eficiente, com uma vocação bastante pragmática no sentido de integrar as práticas de saúde mental com a rede básica de saúde.

No caso da experiência norte-americana, conforme já dito, a desinstitucionalização se concretizou num esvaziamento e desmontagem dos hospitais psiquiátricos e transferência dos pacientes a serviços que não garantiram uma assistência mais integral das necessidades destes pacientes. Segundo Barros (1994) e Couto & Alberti (2008) algumas pessoas foram abandonadas à própria sorte, ou encaminhadas a serviços privados, uma vez que não há propriamente um sistema público de saúde no país. Influenciado pela Psiquiatria Preventiva, esse movimento abarcou na teoria algumas características da Psiquiatria de Setor Francesa e da experiência inglesa das Comunidades Terapêuticas. Optou-se pela criação de uma rede de serviços – centros assistenciais com ênfase na prevenção – segundo a lógica de hierarquização da assistência e racionalização de recursos. A terapêutica voltou-se para a implementação de estratégias de intervenção em fatores causadores das doenças mentais, prevenindo e promovendo a saúde mental, que passa a ser o novo objeto da psiquiatria (AMARANTE, 1995). Não obstante, a desospitalização não foi acompanhada de reflexão crítica com relação ao fundamento da institucionalização psiquiátrica da loucura. A cultura manicomial acabou por se espalhar através dos “centros descentralizados”, significando um “novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 1995, p. 44).

Na Itália, houve mudanças práticas que participaram de um quadro de mudanças culturais importantes. Rotelli (1994) considera que por ter sido a experiência da Itália tardia em relação a outros países europeus, tal fato favoreceu para que não fossem repetidos “erros” observados na trajetória de outros países. O principal destes “erros” foi a ausência de crítica com relação à psiquiatria enquanto instituição e que esta produz outras instituições como o hospital psiquiátrico, lugar privilegiado de saber-poder. O autor define o questionamento fundamental do processo de desinstitucionalização psiquiátrica na Itália da seguinte maneira:

Não se tratava, apenas, de humanizar a assistência psiquiátrica, mas se tratava de uma coisa bem diferente: existia uma crítica muito radical à assim chamada “neutralidade da ciência”; uma crítica muito radical em relação a como a ideologia dominante busca destruir qualquer forma de diversidade em função de uma exigência de produtividade das pessoas, onde as forças não produtivas são

excluídas e, como a psiquiatria se prestou a esta lógica, legitimando-a com um assim chamado “saber”; legitimando esta ideologia dominante através de sua ação no manicômio, com aparência de uma ciência (ROTELLI, 1994, p. 150).

A instituição, na perspectiva italiana, extrapolou os muros do estabelecimento manicomial.

A instituição é, para nós, o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente; e, em uma visão objetivante, naturalística, o médico faz-de-conta que não vê o que está implicado nesta rede institucional. Ele busca uma relação com o paciente, uma relação só entre ele e o paciente, entre ele e a loucura do paciente, sem perceber que ele e seu paciente estão imersos nesta rede institucional. Sem tomar conhecimento da diferença de poder que existe, sem tomar conhecimento da diferença de classes, sem tomar conhecimento de todas as necessidades de uma forma global da pessoa que ele tem à frente, o psiquiatra se ocupa, então, da doença e não do doente. Ele se ocupa, então, de tudo aquilo que pertence a uma cadeia disciplinar, e não das necessidades dos internados. Ele vê o paciente com os olhos deformados pelo seu saber, pelo seu assim suposto saber. Mas se este saber produziu um resultado como o manicômio, provavelmente não é um “bom saber”. É um saber bastante comprometido com a necessidade de exclusão das pessoas, do delegatário que a sociedade dá ao psiquiatra de excluir e segregar as pessoas (ROTELLI, 1994, p. 151).

Barros (1994), ao considerar a instituição psiquiátrica como um “híbrido institucional”⁴, a define como algo diverso da própria medicina, da assistência e da justiça, porém que compartilha com estes campos muitos aspectos. Nesta lógica, a autora concorda que a experiência italiana não confrontou apenas o hospital psiquiátrico, mas também os modelos da Comunidade Terapêutica Inglesa e a Política de Setor Francesa, apesar de manter em sua proposta o princípio de democratização das relações institucionais e da territorialidade.

⁴ Esta autora faz referência em seu texto à Franco Basaglia, um dos mais importantes protagonistas da experiência italiana pela desinstitucionalização psiquiátrica que considera a psiquiatria “ponto de confluência de todos os resíduos de todos os sistemas que utilizam critérios de racionalidade e que expelem continuamente de si tudo o que não se enquadra às normas que precedem seu funcionamento. É o lugar do acúmulo dos resíduos de processos de exclusão da organização sanitária, da organização assistencial e da ordem pública” (BARROS, 1994, p. 174).

O marco da experiência italiana estava na concepção de um “projeto de desinstitucionalização, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com a objetivação da loucura e sua redução à doença” (AMARANTE, 1995, p. 53). O autor esclarece que desinstitucionalizar não se reduz apenas à desospitalização, que corresponde à extinção de organizações hospitalares e manicomiais. Desinstitucionalizar refere-se à desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, da desautorização do louco para falar por si. Tornou-se necessário, na experiência italiana, superar o modelo de humanização dos hospitais⁵ e a reinventar práticas que se confrontem “no espaço da comunidade e na relação que os técnicos estabelecem com a loucura, com a solidariedade e o desejo da produção da diferença plural” (AMARANTE, 1995, p. 52).

Passos (2001), ao descrever a experiência italiana, ressalta que a realidade nacional italiana é extremamente desigual e diversificada, porém a “estratégia-chave no processo”, observada principalmente no processo triestino, foi “a substituição total do hospital psiquiátrico por centros de saúde mental comunitários que ofereçam todo tipo de suporte para tratamento e reintegração social, indo da curta internação, nos momentos de crise, à realização de atividades ressocializantes” (PASSOS, 2001, p.13).

O modo de abordagem do adoecimento mental observado na experiência italiana indicou uma superação das práticas especialísticas, tradicionalmente autorizadas para o tratamento em saúde mental. O psiquiatra deveria desvestir de seu papel estritamente técnico e reinventar seu lugar e função diante da pessoa em sofrimento mental, das famílias e comunidade, e circular pelos espaços sociais concretos em que há demanda assistencial. Passos (2001) observa que o enfoque social dado ao adoecimento mental e a recusa de abordagens psicológicas e psicanalíticas na experiência italiana “deixa certo vazio para a escuta do sujeito psíquico”, o que propiciou que o saber biológico da nosologia psiquiátrica tradicional fosse o “saber mais sistemático disponível nas equipes” de saúde mental (PASSOS, 2001, p.13).

⁵ O modelo da Comunidade Terapêutica foi utilizado no manicômio de Gorizia, na década de 1960. Este modelo foi superado, pois “matizava e deixava intacto um dos elementos constituintes do dispositivo psiquiátrico: a relação terapêutica médico/paciente, lugar instituinte das relações de objeto e saber/prática. Esse espaço ainda produzia um mundo à parte das relações sociais complexas, ainda promovia a redução da loucura a objeto de intervenção e visibilidade exclusiva” (AMARANTE, 1995, p. 51).

A experiência italiana não foi a primeira a questionar diretamente o saber médico-psiquiátrico. Na Inglaterra, em 1960, no rompante dos movimentos de contra-cultura, surge a Antipsiquiatria, que como o nome sugere, busca “destituir, definitivamente o valor do saber médico da explicação-compreensão e tratamento das doenças mentais” (PASSOS, 2001, p. 46). Esse movimento não propunha a utilização de tratamentos químicos e físicos no cuidado ao louco, valorizando como terapia a análise de seu delírio, o que não deveria ser silenciado por outros meios. Essa experiência acabou se constituindo enquanto referência teórica para os estudos sobre a esquizofrenia, cuja proposta de explicação causal baseou-se nos problemas de comunicação interpessoal, na “lógica das comunicações” (AMARANTE, 1995). O autor sintetiza esse movimento:

A Antipsiquiatria busca um diálogo entre razão e loucura⁶, enxergando a loucura entre os homens e não dentro dos homens. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado na sociedade (AMARANTE, 1995, p. 47-48).

O movimento brasileiro pela desinstitucionalização psiquiátrica iniciou no final da década de 1970, tardiamente com relação ao processo europeu, momento em que o país passou por mudanças significativas no cenário político, especialmente pela reemergência de movimentos sociais importantes, após longo período de Ditadura Militar. Em comparação com o processo italiano, principal influência para o movimento brasileiro, o Brasil iniciou os primeiros passos da Reforma Psiquiátrica quando a Itália já havia acumulado cerca de dezoito anos de experimentação de novas práticas na assistência psiquiátrica e de intensa reflexão crítica com relação ao modelo asilar.

Atualmente, observamos que o processo brasileiro de desinstitucionalização psiquiátrica tem procurado aprofundar a construção de um novo olhar e um novo lugar social para a loucura, principalmente após a promulgação da Lei Federal nº 10.216, de 06 de fevereiro de 2001. A idéia central

⁶ Para a Antipsiquiatria a loucura “é um fato social, político e até mesmo uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não configurando, assim, um estado patológico, nem, muito menos, o louco, um objeto passível de tratamento” (AMARANTE, 1995, p. 47).

dessa lei e dos dispositivos que foram criados a partir dela é a “centralização da cidadania e o resgate da contratualidade social” (COUTO & ALBERTI, 2008, p. 57). Outros temas merecem ser mais bem explorados neste processo, relacionados à perspectiva da promoção da saúde e práticas preventivas. Segundo Oliveira (2008, p.39), já apontando para a necessidade de integração da saúde mental com os serviços de promoção de saúde em geral, a questão central que se coloca no processo atual de Reforma Psiquiátrica é a seguinte: “como desenvolver ações de saúde mental na perspectiva da responsabilidade sanitária exercida efetivamente em serviços territorializados e promotores da saúde?”.

Na seção seguinte, apresentarei encontros e desencontros entre os movimentos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária Brasileiras na construção das políticas de saúde mental no país.

1.2 A construção da Política de Saúde Mental no Brasil: o movimento pela Reforma Psiquiátrica e suas relações com o Movimento Sanitarista

Vasconcelos (2000) e Amarante (1995) propõem periodizações históricas da construção das políticas de saúde mental no Brasil, que serão adotadas a seguir na exposição do texto. O primeiro autor sintetiza os principais avanços na Reforma Psiquiátrica Brasileira tomando por base os eventos da região sudeste do Brasil, por abranger a maior rede de serviços psiquiátricos no país e por ter assistido importantes acontecimentos políticos da Reforma Psiquiátrica. Amarante (1995, p.93) expõe essa periodização em momentos distintos denominados trajetórias, que podem ser definidas como o “relato do surgimento de algumas práticas que se diferenciam do modelo psiquiátrico clássico”. Essas práticas podem coexistir em trajetórias diferentes, referindo-se “mais à existência de uma tradição, de uma linha prático-discursiva, do que de determinada conjuntura” (AMARANTE, 1995, p.93). Ressalto, porém, a dificuldade de se limitar no tempo cronológico processo de grande complexidade e atravessadores institucionais.

1.2.1 Primeiro período: 1978 – 1982 (São Paulo e Minas Gerais), e 1978-1980 (Rio de Janeiro).

No primeiro período proposto por Vasconcelos (2000), de 1978 a 1982, destaca-se o surgimento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), o principal ator do movimento pela mudança da assistência psiquiátrica brasileira. Composto por trabalhadores da saúde mental inicialmente do Rio de Janeiro, esse movimento se articulou com trabalhadores de outras localidades através da participação em eventos da área e publicização de suas reivindicações a trabalhadores de outros estados e organizações médicas, universitárias e sociais.

O início da organização do MTSM se deu orientado por questionamentos com relação às condições precárias de trabalho dos técnicos, ao clima de violência e autoritarismo das instituições administrativas e políticas, às más condições de atendimento à clientela e aos limites das terapias biomédicas no tratamento do adoecimento mental (AMARANTE, 1995). Foi um movimento externo ao aparelho do Estado e teve por objetivo se constituir como

espaço de luta não institucional, em *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 58).

Uma das principais críticas feitas pelo MTSM dirigiu-se à “indústria da loucura” alimentada pelos diversos hospitais privados conveniados ao Estado para prestar assistência psiquiátrica à população. O MTSM, no fim da década de 1970, propôs as primeiras reivindicações pela expansão da atenção ambulatorial às pessoas em sofrimento mental enquanto um caminho possível para a mudança da primazia da hospitalização destinada à clientela em destaque.

Amarante (1995) qualifica a trajetória do movimento pela desinstitucionalização psiquiátrica nesta fase como “alternativa” (AMARANTE, 1995, p.93), ou seja, enfatizava-se a criação e expansão de serviços assistenciais não-hospitalares regionalizados, porém sem haver uma crítica radical com relação à hospitalização psiquiátrica, e fundamentalmente à instituição psiquiátrica. A

construção do pensamento crítico com relação à função social das práticas “psi”⁷ se deu principalmente pelo diálogo e visitas ao país de autores como Michel Foucault, Robert Castel, Franco Basaglia e outros expoentes de movimentos internacionais pela Reforma Psiquiátrica. Através deste intercâmbio, o MTSM entra em contato com as experiências da Psiquiatria Democrática, de Gorizia, e da Rede de Alternativas à Psiquiatria de Bruxelas (AMARANTE, 1995). Além disso, no país engrena mais fortemente o processo de discussão e mobilização da sociedade civil em torno da temática da desinstitucionalização psiquiátrica. Destaca-se a visita de Franco Basaglia, em 1979, quando do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte – MG, evento importante para a organização do movimento mineiro da Reforma Psiquiátrica. Eclodiram na mídia denúncias às condições desumanas de tratamento à loucura dispensado nos hospitais psiquiátricos. Franco Basaglia visitou o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, o primeiro manicômio público do estado de Minas Gerais, e o comparou a um campo de concentração nazista. É neste congresso que é exibido pela primeira vez o documentário “Em nome da Razão”, de Helvécio Ratton, que registra a situação de degradação em que se encontrava este hospital.

No levante dos movimentos pela redemocratização, não apenas a saúde mental estava se organizando, mas o país já contava, na década de 1970, com o tema da saúde em sua arena política, através da mobilização de trabalhadores da saúde em geral, no movimento que veio a ser conhecido como Reforma Sanitária. Observam-se neste período mudanças significativas na organização dos serviços em saúde, fortemente caracterizados pelo modelo médico-privatista.

O Movimento Sanitarista buscou formular um pensamento crítico na política de saúde. Influenciado por propostas internacionais de críticas ao modelo biomédico e hospitalocêntrico da saúde pública⁸, e ao próprio conceito de saúde presente no ideário da política assistencial vigente, o Movimento da Reforma Sanitária, assim como o MTSM, uniu a ação política à ação técnico-profissional em prol de melhorias nas condições da assistência e da transformação da saúde em direito universal. Seus principais atores institucionais estavam ligados a setores

⁷ Aquelas que se referem à psiquiatria e psicologia.

⁸ Propostas baseadas na Medicina Comunitária, originária dos Estados Unidos da América e divulgada nos países latino-americanos pela Organização Panamericana da Saúde, Fundações Kellogg, Ford, entre outras (CORDONI JR., 1979 apud CARVALHO; MARTIN & CORDONI JR., 2001).

universitários como, por exemplo, o Centro de Estudos Brasileiros (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

A construção do pensamento crítico quanto à reorganização do modo de funcionamento dos serviços de saúde foi, e permanece na atualidade, orientada pela proposição da Atenção Primária em Saúde (APS), acordada no Congresso de Alma-Ata⁹, promovido pela Organização Mundial da Saúde em 1978. Segundo Andrade, Barreto & Bezerra (2006, p.786), a partir da Declaração de Alma-Ata, a APS deve ser “orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção de saúde”. Considerando idéias de Starfield e Vuori, autores importantes na produção teórica sobre a APS, completam, em resumo, que a APS deve ser compreendida

como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2006, p. 786).

O Movimento Sanitarista buscou consolidar práticas assistenciais ampliadas, regionalizadas, integradas e hierarquizadas, que contemplassem aquilo que posteriormente veio a se tornar os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde: integralidade, equidade, universalidade, territorialidade, acessibilidade e controle social. A idéia que estava sendo gestada era de que práticas em saúde pudessem se configurar como tudo aquilo que gerasse melhores condições de vida e de autonomia ao cidadão diante de um sofrimento. Para isso, faz-se necessário conhecer o modo de vida da população, inserida em seu território, onde estão os fatores para os diversos adoecimentos e também os recursos múltiplos para a saúde. Acompanhando esta lógica, as políticas sociais no Brasil e, de maneira inicial, a da saúde, têm expandido o processo de territorialização dos serviços e constituição de focos coletivos para a ação, em destaque o grupo familiar, o que

⁹ Esta declaração foi produzida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, ex-União Soviética, em setembro de 1978. Teve por apelo a integração de comunidades, serviços de saúde e desenvolvimento mundiais para que se chegasse a promoção de saúde de todos os povos do mundo até o ano 2000.

será privilegiado na década de 1990, quando da implementação do Programa de Saúde da Família¹⁰.

1.2.2 Segundo Período: 1980 – 1987 (Rio de Janeiro), e 1982-1987 (São Paulo e Minas Gerais)

Seguindo a periodização proposta por Vasconcelos (2000), o segundo período do caminho da Reforma Psiquiátrica no Brasil é marcado pela expansão do modelo sanitarista, e compreende o período de 1980 a 1987.

Ainda no fim da década de 1970, foi realizada a primeira tentativa de mudança do sistema geral de assistência em saúde do país, através do plano PREV-SAÚDE, que veio fortalecer a institucionalização do movimento sanitarista. Este plano foi um anteprojeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde que não se consolidou por alegação de falta de recursos financeiros. Em seguida, o governo brasileiro instituiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) com o objetivo de controlar despesas e gastos, objetivo formalizado através do plano de mesmo nome. Com o intuito de racionalização financeira, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, projeto encabeçado pelos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da Educação e da Cultura, como desdobramento da ação do CONASP. Os princípios das AIS eram semelhantes ao do Plano PREV-SAÚDE, a saber: integração, hierarquização, regionalização e descentralização do sistema de saúde. A partir das AIS:

Avanços expressivos foram conseguidos em vários estados, possibilitando o fortalecimento da rede básica ambulatorial, aumentando a capacidade de atendimento à demanda, possibilitando a contratação de recursos humanos, a revisão do papel dos serviços privados e até a participação, em alguns casos, da população na gestão dos serviços. As AIS foram reconhecidas como marco indiscutível, de amplitude considerável, cobrindo mais de 2.500 municípios e quase 90% da população brasileira (CARVALHO; MARTIN & CORDONI JR., 2001, p. 38).

¹⁰ Na seqüência do capítulo, descreveremos sobre a implementação deste programa.

No campo da assistência psiquiátrica, cujo plano específico é datado de 1982, o ambulatório é posto como serviço principal, e o hospital é requalificado como elemento secundário na assistência (AMARANTE, 1995). Este autor sintetiza que a função do CONASP foi “instaurar a concepção de que são responsabilidade do Estado a política e o controle do sistema de saúde, assim como a necessidade de organizá-lo junto aos setores públicos e privados” (AMARANTE, 1995, p. 76).

Outro marco importante para a política de saúde mental emergente e também para a política de saúde geral, indicado por Amarante (1995), foi o convênio entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS) conhecido como “co-gestão”. O MPAS passa a participar do planejamento, custos e avaliação dos hospitais do MS, e o MPAS deixa de comprar serviços do MS, co-administrando as unidades. Inaugura, portanto, uma nova forma de gerenciamento em hospitais públicos e

(...) a possibilidade de implantação de uma política de saúde que tem como bases o próprio sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, que são propostas defendidas pelos movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica (AMARANTE, 1995, p. 69).

A experiência da co-gestão

(...) é o momento em que o Estado passa a incorporar em seu seio os setores críticos da saúde mental ou, visto pelo outro lado, é o momento em que os movimentos de trabalhadores de saúde mental decidem, estrategicamente, atuar na ocupação do espaço que se apresenta nas instituições públicas (AMARANTE, 1995, p. 66).

Em Minas Gerais, no ano de 1982, com a mudança da gestão, militantes do MTSM ocupam cargos na Secretaria Estadual de Saúde, intervindo em hospitais psiquiátricos e estimulando a rede ambulatorial de assistência em saúde mental (VASCONCELOS, 2000).

Esse período, um momento marcadamente sanitaria para a Reforma Psiquiátrica, é “vigorosamente institucionalizante” (AMARANTE, 1995, p. 96). O autor completa:

Os marcos conceituais estavam na base da origem do pensamento crítico em saúde – como a reflexão sobre a medicina enquanto aparelho ideológico, o questionamento da cientificidade do saber médico ou da neutralidade das ciências, as incursões sobre a determinação social das doenças, o reconhecimento da validade das práticas de saúde não-oficiais – dão lugar a uma postura menos crítica em que, aparentemente, se parte do princípio de que a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades (AMARANTE, 1995, p. 96).

O eixo orientador da luta sanitaria para a reorganização do Estado e reforma do sistema de saúde, no período de 1974 a 1988, se deu pela redefinição dos mecanismos de gestão.

O Movimento Sanitário privilegia, neste momento, a implementação de medidas administrativas, visando à racionalização e aumento da eficácia das ações setoriais. Unificação e descentralização do sistema de saúde, controle público do setor privado e participação popular são algumas de suas estratégias (CARVALHO, 2005, p. 104).

Em 1986, temos por marco importante na reestruturação da política nacional a VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu cerca de cinco mil pessoas – trabalhadores, intelectuais, populares, lideranças sociais, entre outros. O relatório final desta Conferência veio a se constituir como o projeto da Reforma Sanitária, tendo seus princípios aprovados e legitimados na Constituição de 1988 (CARVALHO; MARTIN & CORDONI Jr., 2001, p. 39).

1.2.3 Terceiro Período: 1987-1992

Aqui se inicia o terceiro período proposto por Vasconcelos (2000), que compreende os anos de 1987-1992. O país vivencia um período de transição democrática, com o início da Nova República e a realização da Assembléia Constituinte. Observam-se mudanças significativas no plano legal e nas práticas em saúde coletiva e saúde mental. A consolidação do projeto da Reforma Sanitária na nova Constituição e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080/1990 – sancionam a construção de um Sistema Único de Saúde, o SUS. O conceito de saúde amplia-se, não sendo mais considerado o contrário de doença, como no paradigma biologicista: saúde é conquista política e tema central de uma política pública social específica. No texto constitucional de 1988, em seu artigo 196, a assistência em saúde é afirmada como “direito de todos e dever do Estado”. Na Lei Orgânica, a definição de saúde é tida como resultante dos

fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens necessários e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

A ampliação da percepção relacionada à saúde foi discussão importante nos espaços do MTSM. Como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, o MTSM organiza, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta teve como principais recomendações: convocação da sociedade civil ao processo de combate à psiquiatrização social, e de planejamento e implementação das políticas de saúde mental; a criação de espaços não-profissionais de promoção de saúde mental e a priorização de investimentos em dispositivos multiprofissionais e de oposição à assistência hospitalar (AMARANTE, 1995, p. 85-6).

Internamente, o MTSM passou nesse período por reflexão sobre seu foco de ação, estimulada por alguns integrantes que construíram críticas com relação à tendência do Movimento de se “restringir às lutas a partir de dentro do aparelho do Estado” (VASCONCELOS, 2000, p. 25). A humanização e controle dos hospitais psiquiátricos, e a ambulatorização das práticas “psi” passaram a se configurar como

caminhos limitados para a mudança agora almejada, que radicalizou a percepção com relação à assistência psiquiátrica hospitalar. O ambulatório, dispositivo central após Plano CONASP, não funcionou como barreira à prevalência da internação como forma de tratamento. Iniciou-se, então, a construção de novas estratégias no processo de desinstitucionalização, inspiradas pelas idéias de Franco Basaglia do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. O modelo hospitalar psiquiátrico tradicional foi descaracterizado como estabelecimento terapêutico. Era necessário implantar serviços comunitários efetivamente substitutivos ao hospital.

Data dessa época a organização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizada em 1987, na cidade de Bauru - SP. Os eixos de discussão propostos foram: “Por uma sociedade sem manicômios” – bandeira política e afirmação da desinstitucionalização psiquiátrica para além do campo assistencial; “Organização dos Trabalhadores de Saúde Mental” – eixo para discussão sobre o corporativismo, interdisciplinaridade e relação entre servidor público e Estado; “Análise e Reflexão das nossas práticas concretas” – eixo que propôs a auto-reflexão crítica das ações efetivamente desenvolvidas pelos trabalhadores (AMARANTE, 1995, p. 87). Podemos considerar aqui o período de nascimento do movimento da Luta Antimanicomial, que investiu em formas independentes de organização, desatreladas do Estado, e propôs intervenções socioculturais com o intuito de uma discussão ampla sobre a loucura (AMARANTE, 1995, p. 87). Novos atores se integraram ao movimento pela desinstitucionalização psiquiátrica da loucura, merecendo destaque o surgimento das associações de usuários e familiares (AMARANTE, 1995, p. 88).

Conforme já dito nesta seção, a Reforma Psiquiátrica traçava uma trajetória sanitaria até o ano de 1987. A I Conferência Nacional de Saúde Mental marca o fim dessa trajetória, distanciando o movimento da Luta Antimanicomial daquele da Reforma Sanitária. Amarante (1995, p. 99-100) busca explicar tal distanciamento e retorno às propostas originais do movimento pela Reforma Psiquiátrica a partir das seguintes observações:

A) “(...) o movimento psiquiátrico sempre mantém um viés desinstitucionalizante, isto é, mantém em debate a questão da institucionalização da doença e do sujeito da doença, ao passo que o movimento sanitário perde a problematização do dispositivo de

controle e normatização próprios da medicina enquanto instituição social”;

B) “(...) a tradição sanitarista fala muito pouco sobre pessoas e muito sobre números e populações, sem conseguir escutar as diversas singularidades a respeito do sujeito que sofre. (...) criam mecanismos de referência e contra-referência, de controle epidemiológico, de padrões de atendimento, mas não conseguem interferir no *ato de saúde*, no contexto da relação entre profissional e usuário”; (grifo do autor)

C) “Os planos sanitaristas, por mais que permitam a implantação de ambulatórios de acupuntura, homeopatia ou de fitoterapia, não conseguem crer, de fato, em outros saberes não originados do positivismo médico, que terminam por entronizar o modelo alopático”;

D) “(...) a tradição sanitarista tende a induzir à compreensão extremamente estrutural das possibilidades de transformação. (...) transformar uma pequena coisa, é sempre necessário transformar todas as coisas mediante a implementação de grandes políticas de saúde”.

A nova tática utilizada estava na busca por “desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico” (AMARANTE, 1995, p. 100).

Em 1989, é lançado o projeto de Lei Paulo Delgado, apresentado pelo deputado de mesmo nome, do Partido dos Trabalhadores – MG, que propôs a extinção e substituição gradativa dos manicômios, assim como a regulamentação dos direitos da pessoa em sofrimento mental. Tal fato constituiu um avanço legal do movimento antimanicomial, apesar desta lei ter sido sancionada e decretada tardiamente, em abril de 2001, com muitas alterações no texto original e após processo longo de negociações parlamentares. As alterações resultaram na supressão de artigo incorporado ao projeto da Lei no ano 2000, que permitia a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos em localidades sem estrutura para esse tipo de assistência. A nova lei indica a substituição progressiva dessas estruturas por novos dispositivos de cuidado.

Apesar da aprovação tardia, podemos considerar que a lei proposta pelo deputado Paulo Delgado “protagonizou a situação curiosa de ser uma lei que produziu seus efeitos antes de ser aprovada” (TENÓRIO, 2002, p.36). As primeiras experiências de organização de rede de serviços substitutivos ao hospital começaram a ser implementadas ainda no fim da década de 1980. O primeiro

Núcleo de Atenção Psicossocial foi inaugurado em Bauru – SP, no ano de 1986. Antônio Lancetti (2007, p.39) o descreve:

Eu o conheci em 1986, ano de sua fundação. Estava instalado em uma casa clara, limpa e aconchegante, com espaços de convivência grupal. A equipe de trabalho era composta por jovens dirigidos por Roberto Tykanori, psiquiatra recém-chegado de Trieste, Itália, com o vigor e as idéias revolucionárias da Psiquiatria Democrática. A equipe era muito unida, com objetivos de trabalho claros e disposta a inovações. Entre seus membros não transparecia sinal algum de persecutoriedade.

Lancetti (2007) lembra que o secretário municipal de saúde de Bauru na época era David Capistrano Filho, ator importante na trajetória da saúde pública no Brasil. David, após as eleições municipais de 1988, veio a ser o secretário de saúde de Santos-SP, onde aconteceu, a partir de 1989, a experiência tida como pioneira e referência ainda nos dias atuais, especialmente pelo impacto observado na radicalização das ações desenvolvidas pelos trabalhadores. A Secretaria de Saúde de Santos promoveu uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, o único hospício do município, que culminou no seu fechamento definitivo, em 1994. Simultaneamente, foram sendo criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e uma rede de serviços substitutivos à assistência psiquiátrica asilar (LANCETTI, 2007). O NAPS, inspirado no serviço italiano de Trieste, foi

(...) um serviço comunitário de portas abertas durante 24 horas por dia, sete dias por semana, e capaz de atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais (VASCONCELOS, 2000, p. 26).

A proposta radical de desinstitucionalização passou necessariamente por mudança na abordagem terapêutica e em todo o modo de relacionamento entre profissionais e pacientes.

Os trabalhadores de saúde mental de Santos tornaram-se verdadeiros terapeutas: destemidos, dispostos, apaixonados. Não escolhiam pacientes nem pretendiam que eles se adaptassem a suas corporações, modelos ou grupos de pertinência. Os Naps de Santos nasceram dotados de uma alma antimanicomial e com vontade de experimentação (LANCETTI, 2007, p. 44).

Tenório (2002, p.39), a partir da leitura de David Capistrano, conclui que

A experiência de Santos inspirou-se em um questionamento radical dos pressupostos da psiquiatria no plano conceitual, mas operou segundo um programa muito objetivo no plano prático, com duas grandes linhas de trabalho: a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma atitude nova da sociedade em relação aos doentes mentais.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira -, principal dispositivo substitutivo difundido em todo o Brasil, foi criado em São Paulo, no ano de 1987. Comparando à experiência de Santos, Tenório (2002, p. 39) pontua que:

À diferença da experiência de Santos, que consiste de todo um programa de políticas públicas, o CAPS Luiz Cerqueira é uma unidade específica da rede pública do estado de São Paulo. O caminho de reflexão que veio a trilhar situa-se mais estritamente no interior da clínica (...) O questionamento dos pressupostos do saber psiquiátrico é colocado não em uma perspectiva externa à psiquiatria, mas no sentido de, internamente ao campo, produzir um novo modo de fazer e conceber a doença mental, seu tratamento e a cura.

Observa-se aqui a preocupação com as especificidades da clínica psiquiátrica, e com os cuidados limitados da clínica tradicional à pessoa em sofrimento mental. O autor completa, indicando a necessidade de ampliação da clínica em saúde mental, que será um dos temas privilegiados de discussão no período seguinte.

(...) as dificuldades concretas da vida acarretadas pela doença mental grave devem ser também objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado “extraclínico”. O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais (TENÓRIO, 2002, p. 40).

1.2.4 Quarto e quinto períodos: 1992 a 2001

O quarto período proposto por Vasconcelos (2000) compreende os anos de 1992 a 1995 e refere-se à expansão dos serviços de atenção psicossocial por todo o país, consolidando a perspectiva da superação manicomial. O quinto período proposto por esse autor refere-se ao intervalo dos anos de 1995 até a publicação de seu trabalho, momento em que inicia a difusão crescente das equipes de saúde da família no país. Apresentaremos aqui os dois períodos numa mesma seção por considerar que as investidas dos dois movimentos em tais períodos – pela desinstitucionalização psiquiátrica e sanitária – buscaram consolidar simultaneamente a descentralização e territorialização dos serviços, e a integralidade na assistência em saúde.

Até o ano de 1990, vários eventos nacionais e internacionais da saúde mental foram realizados, propondo a discussão ampla, centrada na necessidade de reorganização da rede de serviços e de crítica ao modelo asilar. Entre eles está a Conferência de Caracas, promovida pela OPAS/OMS em 1990 na cidade de mesmo nome, e que teve o Brasil como país participante. A Declaração de Caracas (1990) orientou que a reorganização da assistência psiquiátrica nos países americanos deve estar integrada à Atenção Primária em Saúde e se estabelecer através da implementação de serviços centrados na comunidade. Declarou também que essa reestruturação deve implicar uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na rede de serviços assistenciais.

Em 1992, convocou-se a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Fato que chamou a atenção neste evento foi a participação de não-trabalhadores: 20% dos delegados eram representantes dos usuários dos serviços e de seus familiares. O relatório final desta Conferência foi publicado pelo Ministério da Saúde e tomado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil

(TENÓRIO, 2002). Os marcos conceituais da Conferência foram “Atenção Integral” e “Cidadania”, temas esses que reforçam princípios de um modelo de rede de atenção diversificada, qualificada e territorializada (BRASIL, 1994).

A concretização da integralidade e da cidadania na prática dos serviços substitutivos tem sido buscada através da construção de uma clínica ampliada que englobe o “extraclínico” conforme citado por Tenório (2002), em que a equipe de saúde torna-se agente importante nos novos dispositivos de saúde mental. A clínica amplia-se não apenas no sentido de se ter diferentes especialidades na composição da equipe de referência, mas principalmente pela proposta de se abrir para a escuta da complexidade da vida da pessoa em sofrimento mental. Essa escuta deve considerar também os diversos atravessamentos institucionais, políticos, econômicos e culturais que se dão na relação “trabalhador-usuário de saúde”. Lobosque (2003, p.21), a partir da experiência de trabalho em um CAPS¹¹ de Belo Horizonte propõe que a clínica ampliada seja uma “clínica em movimento”, que se constrói na dimensão do cuidado, da ajuda, da presença. A autora conclui:

A esta ajuda que se pretende exercer sem domínio, dirigidas especificamente àqueles que se encontram, num dado momento, tomados por uma experiência insuportável de sofrimento psíquico; a essa ajuda que se serve quando necessário de disciplinas e saberes psi, da farmacologia à psicanálise, mas sempre subordinando seu emprego a um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social; a esta ajuda chamaremos de uma clínica em movimento: uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula como tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens.

No campo legal, o início da década de 1990 foi marcado pelo lançamento de portarias ministeriais que normatizaram e regulamentaram o funcionamento de um leque de procedimentos ambulatoriais específicos em saúde mental. O procedimento Núcleo de Atenção Psicossocial / Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) foi aprovado através da Portaria SNAS nº189, de 19 de novembro de 1991. Em seguida, com vistas à regulamentação do funcionamento de todos os serviços de saúde mental, criou-se a portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de

¹¹ Nesta capital os CAPS são chamados de “CERSAMs” (Centro de Referência em Saúde Mental). O primeiro CERSAM foi inaugurado em Belo Horizonte no ano de 1993.

1992. Esta traz em seu texto, diretrizes e normas para todo o atendimento ambulatorial e hospitalar, acordados entre os coordenadores estaduais em saúde mental na época, e integrada aos princípios determinados pela Lei Orgânica da Saúde de 1990. Estados e municípios introduziram leis que determinaram a criação de novos serviços em saúde mental em seu território, tendo os princípios da Reforma Psiquiátrica vigente como ideal. Destaca-se a legislação mineira: Lei nº 11.802, de 1995 e Lei nº 12.684, de 1997.

Enquanto o movimento da Reforma Psiquiátrica se expandia através do surgimento de novos núcleos da Luta Antimanicomial em congressos e encontros, de organizações de usuários e familiares, da redução de leitos psiquiátricos e do aumento do número de CAPS, o movimento pela Reforma Sanitária prosseguiu em suas proposições, em especial no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.

O Ministério da Saúde, em 1994, criou o Programa de Saúde da Família (PSF). Vale lembrar que já havia a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciada na região nordeste do país. Buscando garantir a efetivação do princípio da equidade e do uso das informações epidemiológicas, o PSF foi sendo implementado pelos municípios preferencialmente nas regiões mais pobres, áreas cujas principais demandas de saúde estão estreitamente ligadas às condições sociais e econômicas da população.

Incorporando a proposta dos agentes comunitários de saúde, essa estratégia reafirmou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS). Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Os atendimentos são desenvolvidos na UBS, em domicílio e também em outras instituições presentes nas comunidades como escolas, igrejas, entre outras. As atividades realizadas devem ir além dos procedimentos especializados em saúde, como consultas médicas e administração medicamentosa. Busca-se desenvolver atividades sócio-educativas, culturais, políticas, entre outras. Espera-se que esta metodologia de atendimento possa desencadear a criação de vínculos de co-responsabilidade, facilitando o processo de implicação dos sujeitos, profissionais e comunidades, no próprio processo de saúde, na melhoria do atendimento e da qualidade de vida individual e comunitária.

Um dos fundamentos da organização de serviço do PSF, a territorialização, preconiza que cada equipe tem o compromisso estrito com uma comunidade específica. O cadastramento dos usuários, os atendimentos e acompanhamentos devem ser focados para essa população. Partindo desse princípio, os profissionais, para além da coleta de dados epidemiológicos sobre os problemas de saúde e recursos para a solução destes no processo de divisão territorial, devem buscar conhecer a dinâmica social de uma população específica e, a partir daí, desenvolver novas práticas em saúde. Nesta lógica, território é considerado como “processo”, como um “espaço de vida pulsante, de alegrias e conflitos sempre em movimento e que não admite simetrias” (MENDES *et al.*, 1993 apud SILVA *et al.*, 2001, p.149), ultrapassando características geográficas e físicas. O território continuamente se modifica em decorrência de diferentes posicionamentos das pessoas ali envolvidas e de interferências institucionais que fogem ao controle de quem delas participa.

Trazer para a reflexão o conceito de territorialização nos permite pensar práticas em saúde que partem, desde a origem, do próprio mundo apreendido do grupo em destaque, dos elementos que permitem significar este mundo, que tornam o que é coletivo em próprio. Em outras palavras, pensar território é pensar cultura em movimento. Considerando a complexidade do conceito, a proposta do PSF se otimiza quando lança mão da flexibilidade e criatividade no planejamento das ações em saúde, aceitando o desafio de incorporação do “mundo-da-vida”¹² das pessoas, mundo capaz de ordenar a realidade do grupo dando sentido à mesma, às práticas programáticas sanitárias. Este desafio exige dos técnicos de saúde do SUS, de maneira particular na prática cotidiana da APS, a superação de práticas estritamente especialísticas, a abertura para o trabalho interdisciplinar, intersetorial e comunitário, numa busca diária pelos “acordos epistemológicos” em campo (LANCETTI, 2001, p. 87).

¹² “Este mundo-de-vida es social tanto em sus orígenes como em su conservación: el orden significativo que proporciona a las vidas humanas há sido establecido colectivamente y se mantiene em virtud de um consentimiento colectivo. Para entender plenamente la realidad cotidiana de cualquier grupo humano no basta con entender los símbolos o modelos de interacción propios de cada situación individual. Hay que entender también la estructura global de significación en la que dichos modelos y símbolos particulares están localizados y de la que obtienen el significado que comparten colectivamente” (BERGER, 1979, p. 63).

O SUS incorporou a lógica da clínica ampliada, melhor definida nos anos 2000. Após implementação de uma Política Nacional de Humanização (2004)¹³, que abrange todos os serviços do SUS, o princípio da integralidade passou a ser reforçado pela recomendação da prática de uma clínica ampliada que se define por:

um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE; RECONHECER OS LIMITES DOS CONHECIMENTOS dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores (...); assumir um compromisso ÉTICO profundo (BRASIL, 2007, p. 12-13, grifos do autor).

Cunha (2005, p.97), em trabalho específico sobre a construção da clínica ampliada na APS, propõe que a superação das dificuldades da clínica tradicional deve considerar a interligação de dois aspectos. São eles:

(...) em primeiro lugar o reconhecimento dos limites ontológicos dos saberes, em relação à singularidade do Sujeito. Ou seja, todo Saber, também o biomédico, trabalha com uma ontologia, uma generalização, que, como tal, está condenada a ser parcial em toda situação singular – no caso da Clínica, uma certa classificação das doenças em relação ao Sujeito doente. Este nunca será totalmente compreendido por um diagnóstico, por mais amplo que seja, e menos ainda por um diagnóstico de uma lesão orgânica. Este reconhecimento significa a utilização das classificações dentro dos seus limites e não além deles. (...) Em segundo lugar, com base no reconhecimento dos limites do Universal para se compreender o Singular, a Clínica Ampliada procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do Sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziria um projeto terapêutico que levasse em conta essa diferença. Ou seja, o que inicialmente é um limite do saber pode ser transformado em possibilidade prática de intervenção.

¹³ A Política Nacional de Humanização foi criada em 2004 para operar de maneira transversal em toda a rede pública de saúde, atenção e gestão. Propõe que a humanização deve se tornar uma “vertente orgânica” do SUS, valorizando todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Os principais conceitos norteadores são: autonomia, protagonismo, co-responsabilidade, criação de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão. Acesso ao documento-base: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf.

Destaca-se aqui a interface de princípios da clínica ampliada na saúde mental e na saúde coletiva em geral, em que as estratégias de cuidado extrapolam aquelas instituídas pelo saber técnico autorizado, e devem considerar o movimento da subjetividade, das relações sociais, das diferenças. O compromisso da clínica ampliada é também político e social, uma vez que concebe a atenção em saúde como espaço de construção de autonomia, emancipação e garantia de direitos.

1.2.5 Sexto período: 2001 aos dias atuais

Após a publicação do texto de Vasconcelos (2000), avanços significativos aconteceram no processo brasileiro de desinstitucionalização psiquiátrica, o que nos levou à delimitação de um outro período neste processo, que vai do ano de 2001 aos dias atuais. Dessa forma, destacamos avanços que se deram após a publicação do trabalho de Vasconcelos, principalmente a promulgação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que apontaram para a consolidação da idéia de construção de redes substitutivas diversificadas e intersetoriais, e não apenas de dispositivos isolados, na assistência em saúde mental.

Sobre a expansão dos CAPS, até o ano 2000,

o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos (BRASIL, 2005, p. 08).

Nos anos 2000, a nova regulamentação dos CAPS e de seu financiamento foi publicada na Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Além da definição de normas e diretrizes para a organização deste serviço, esta Portaria cria

um mecanismo de financiamento próprio para a rede de CAPS. A Portaria nº 626, de 1º de abril de 2002 determinou que o financiamento do CAPS fosse feito através da remuneração direta da União por via do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O faturamento do CAPS seria depositado por meio de Autorização para Procedimento de Alto Custo (APAC) numa conta específica, e não mais no Fundo Municipal de Saúde. As APACs seriam notificadas através do Sistema Nacional de Informações Ambulatoriais do SUS¹⁴. Os CAPS, com a nova regulamentação, passam a dar prioridade ao atendimento de pessoas em sofrimento mental severo e persistente durante a agudização da crise¹⁵.

Em nível da Atenção Primária, o Ministério da Saúde, por considerar a ação das equipes do PSF como estratégica na mudança do modelo de atenção, redefiniu o papel desse programa através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, requalificando-o como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Seu papel enquanto porta de entrada do cidadão no SUS o coloca no lugar privilegiado de reorganização dos fluxos em saúde (referência e contra-referência), e de construção de uma referência profissional próxima e contínua para os usuários do SUS.

Por serem as equipes de saúde da família aquelas que possuem contato cotidiano com a comunidade, com seus adoecimentos e realidade sociocultural, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira acreditou ser possível o desenvolvimento de cuidados em saúde mental pelos profissionais da APS em parceria com as equipes de saúde mental. Em termos legais, não se menciona explicitamente a saúde mental na portaria que regulamenta a Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Esta diz apenas que outros profissionais de saúde podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio de acordo com as necessidades e possibilidades locais, como já é realidade em muitos municípios os

¹⁴ Recentemente, foi publicada a Portaria nº 2.867 em 27 de novembro de 2008, que altera a forma vigente de cobrança e repasse dos recursos para os CAPS e todos os “Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS”. Os procedimentos dos CAPS que eram financiados pelo FAEC desde 2002 com valores “extra-teto”, passam agora a ser financiados pelos recursos realocados e transferidos, fundo a fundo, para o teto financeiro dos municípios. O controle destes recursos passa a ser local.

¹⁵ O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme já mencionado anteriormente, é um dos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, cujo funcionamento foi regulamentado pela Portaria GM nº 336 /2002 da Legislação em Saúde Mental. Este equipamento tem por objetivo o atendimento prioritário de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, especialmente em crise. São caracterizados por porte e clientela diferenciados em três modalidades de serviços (CAPS I, II e III, conforme número de horas de funcionamento diário, abrangência populacional e existência ou não de leitos para internação de curto prazo). Funcionam de acordo com a lógica do território e devem ser regulados somente por serviços de natureza jurídica pública.

atendimentos odontológicos na APS (BRASIL, 2006). Assistentes sociais e psicólogos também são profissionais demandados pelos gestores municipais para o trabalho de suporte às equipes de saúde da família, porém sem orientações claras para intervenções em saúde mental.

Um ano antes do lançamento da Portaria nº 648, em 2005, o Ministério da Saúde havia criado os Núcleos de Atenção Integral à Saúde (NAIS), através da Portaria nº 1065, de 04 de julho. Esta Portaria estabeleceu a saúde mental como uma das áreas imprescindíveis para a atenção integral em saúde. A equipe deveria ser interdisciplinar e atuar junto com os profissionais das equipes de saúde da família num território definido. No artigo 2º da Portaria temos que este compartilhamento se daria na forma de co-responsabilização e ampliação da resolubilidade da atenção, através de ações conjuntas como: troca de experiência e saberes, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros. Apesar da possibilidade de se ter um profissional de saúde mental na APS, até então não havia uma política originária da APS que assegurasse ações de saúde mental de forma contínua e efetiva neste nível de organização dos serviços de saúde.

Lancetti & Amarante (2006) tratam especificamente da interface entre saúde mental e saúde da família. Para tais autores, a saúde mental pode ser considerada o eixo da Estratégia de Saúde da Família, pois ela preconiza o conhecimento mútuo entre usuários e profissionais. Estes devem conhecer dos pacientes: "(...) suas biografias e o território existencial e geográfico" onde vivem (LANCETTI & AMARANTE, 2006, p.628). A ESF pode ser vista como um Programa de Saúde Mental em razão das tarefas que as equipes desenvolvem, e que devem privilegiar o acolhimento, a escuta, o tratamento continuado, atividades coletivas em saúde, que incentivem a participação da população na comunidade.

Os autores acima corroboram com a idéia de que apenas o encaminhamento para setores especializados não funciona no caso da saúde da família. Muitas vezes é essa estratégia a forma de intervenção que opera de maneira mais incisiva nos problemas trazidos pelos usuários. É destacado o trabalho do agente comunitário de saúde¹⁶, moradores da região em que trabalham. Além

¹⁶ Sobre o potencial de ação dos agentes comunitários de saúde ver capítulo "A potência terapêutica dos agentes comunitários de saúde" em Lancetti, A. **Clínica Peripatética**. Série Políticas do Desejo. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 87-96.

disso, considerando os princípios norteadores do trabalho, a ESF tem maior poder de inserção no território do que os Centros de Atenção Psicossocial.

Lancetti & Amarante (2006) trazem exemplos de experiências exitosas na interface da saúde mental e saúde da família. São exemplos: o ex-projeto *Qualis* do Programa de Saúde da Família de São Paulo, e a experiência da cidade de Quixadá, no Ceará. Para os autores

A característica principal dos programas de saúde mental desenvolvidos no âmbito da SF [Saúde da Família] é o envolvimento, a co-responsabilização dos pacientes e seus grupos familiares. Os pacientes são atendidos pelas equipes de saúde da família e pelas equipes de saúde mental (...) A metodologia adotada por essas equipes está sintonizada com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com a metodologia apreendida nas experiências de desconstrução manicomial (LANCETTI & AMARANTE, 2006 p. 631).

As experiências desenvolvidas pelo Projeto *Qualis*, cujo programa específico para a saúde mental começou a ser planejado no ano de 1998, foram e ainda são referência para novas práticas que interligam saúde mental, saúde da família e comunidade. As principais idéias que nortearam esse projeto foram: A) a conexão entre projeto e recursos comunitários, ativando-os; B) a ressignificação do sintoma como fundamento de qualquer processo terapêutico, por isso a necessidade de criação de um dispositivo novo que fosse articulado à rede constituída de serviços de saúde; C) a invenção deveria fazer parte do método de trabalho (LANCETTI, 2001, 2002).

Trabalhando com a perspectiva de que família é todo o grupo de pessoas que habitam uma mesma casa, com parentesco sanguíneo ou não, no Projeto *Qualis*, o paciente passou a ser o grupo familiar como um todo. Para cada grupo familiar era elaborado um projeto de saúde mental específico que seria acompanhado pelas equipes de saúde da família e saúde mental. A medicação, por exemplo, deveria ser prescrita e administrada pelo médico generalista com participação do enfermeiro. O psiquiatra tinha o papel de consultor para as equipes de saúde da família. As intervenções, de um modo geral, eram realizadas de maneira “surpresa” nos territórios para que se compreendessem os elementos

estruturadores dos coletivos sociais com os quais trabalhavam e, assim, conhecer os interlocutores invisíveis com que os usuários dialogam e os modos que cada cultura possui para compreender e superar o sofrimento. Não eram previstos o uso de dispositivos tradicionais da APS como consultas “psi” e as visitas domiciliares agendadas. Em síntese, a idéia geral era que houvesse uma radicalização da desinstitucionalização, intensificando a promoção da cidadania não apenas do louco, mas das pessoas em situação de marginalidade social (LANCETTI, 2001, 2002).

Nos últimos anos, observam-se iniciativas do Ministério da Saúde de inclusão de ações em saúde mental na APS. Discussões têm sido feitas também em congressos e eventos da área. Em março de 2001, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde promoveram uma oficina de trabalho para discussão de experiências em curso de ações de saúde mental na APS com a participação de representantes de alguns municípios do Brasil¹⁷. Com esta iniciativa, buscou-se contribuir e motivar a implantação de um plano nacional de inclusão das ações de Saúde Mental na APS. O relatório final desta oficina reforça a necessidade de melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e de uma “maior compreensão sobre a realidade em que a família vive, criando condições para os profissionais atuarem de forma resoluta nas situações de risco geradoras de sofrimento psíquico” (BRASIL, 2001, p.01). Dentre os variados tipos de ações em saúde mental na APS compartilhados pelos coordenadores municipais dos serviços PACS/PSF e Saúde Mental, participantes da oficina, podem-se destacar:

- A) Sensibilização dos atores envolvidos para escuta e compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais;
- B) Incorporação da promoção da saúde mental nas ações voltadas para os grupos específicos como: hipertensos, diabéticos, mulheres, entre outros;
- C) Identificação e acompanhamento de usuários egressos de internações psiquiátricas, dos CAPS, NAPS e outros serviços ambulatoriais de saúde mental;
- D) Identificação e priorização de acompanhamento dos casos de maior gravidade;

¹⁷ Foram eles: Curitiba/PR, Quixadá/CE, Sobral/CE, Cabo de Santo Agostinho/PE, Recife/PE, Caramagibe/PE, Araçuaí/MG, Natal/RN, Aracaju/SE e Projeto Qualis da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

E) Mobilização de recursos de suporte comunitários através do reforço do trabalho em rede e da promoção de eventos sócio-educativos e culturais;

F) Construção de intervenções terapêuticas de forma individualizada, que respeitem a subjetividade dos usuários.

A partir destas práticas, buscou-se construir em cada realidade local, a reinserção social e construção de autonomia e cidadania dos usuários de saúde mental em seu território, desconstruindo “formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização” (BRASIL, 2001, p.16).

Outros temas relacionados à interface Saúde Mental e APS foram postos em discussão pelos representantes municipais na oficina, a saber: ocorrência significativa de casos de abuso de álcool e outras drogas, e a prescrição e manutenção de psicofármacos na APS. Ainda são necessárias discussões e diálogos intersetoriais para o acompanhamento de tais casos de forma contextualizada.

Experiências em Saúde Mental na APS têm sido realizadas de acordo com cada realidade local. Cada território tem suas especificidades em saúde e necessita, portanto, de estratégias coerentes e resolutivas com as prioridades demandadas. Daí a importância da elaboração de planos locais de saúde mental que preconizem ações contextualizadas e que incluam, na modelagem da rede, os equipamentos e unidades necessárias à atenção em saúde mental daquela localidade (BRASIL, 2007, p.22).

Uma importante iniciativa da interface em questão é a formação de equipes de saúde mental para atuarem na APS através da metodologia do matriciamento. As equipes de apoio matricial, incentivadas para as diversas áreas de serviços em saúde, e com experiências modelo no campo da Saúde Mental¹⁸, fazem a interlocução entre CAPS e equipes de saúde da família através de encontros de discussão de casos. Trata-se de um novo arranjo organizacional, que pretende ser transversal e, assim como uma equipe de referência, visam a

Tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na

¹⁸ Experiências dos municípios de Campinas, em São Paulo, Santa Luzia e Belo Horizonte, em Minas Gerais, dentre outras.

atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (BRASIL, 2004, p. 06).

Campos & Domitti (2007, p. 399-400) definem matriciamento da seguinte maneira:

Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial.

Observa-se que, com o matriciamento, busca-se reforçar que a equipe de saúde da família seja referência para a atenção à saúde dos usuários da saúde mental de seu território de abrangência. Essa equipe poderá obter suporte técnico e teórico junto à equipe matricial, esclarecendo dúvidas e elaborando intervenções diversas de acordo com cada caso. Vários municípios têm aderido à proposta de constituição de equipes matriciais em saúde mental, institucionalizando um lugar da Saúde Mental na APS.

Em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 154 que instituiu os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que têm por objetivo aumentar o escopo de ações da APS, atualizando alguns princípios propostos pelos NAIS, de 2005. O NASF define-se por equipes interdisciplinares, cujas especialidades devem ser definidas pelos gestores e conselhos de saúde, de acordo com as necessidades locais. A Portaria indica, mas não obriga, a inclusão de um profissional de saúde mental em cada equipe, entre eles está o psicólogo. A implementação desses núcleos ainda é incipiente e necessita de estudos e fóruns de discussão, especialmente no que tange às incompreensões na proposta de atendimento. A recomendação que tem sido feita é que os NASF's atuem como equipes de apoio matricial para o trabalho das equipes de saúde da família.

No intuito de criação da rede diversificada em saúde mental, outros dispositivos e programas têm sido criados principalmente no sentido de fortalecimento da inserção da pessoa em sofrimento mental na sociedade. Os

principais são os Serviços Residenciais Terapêuticos, regulamentados pela Portaria nº 106, de fevereiro de 2000; o Programa “De Volta Pra Casa”, instituído pela Lei nº 10.708, de julho de 2003 e regulamentado pela Portaria nº 2077, do mesmo ano; e dispositivos comunitários como os Centros de Convivência. O impulso para a construção dessa rede diversificada se deu após a promulgação da Lei nº 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, momento em que a política federal de saúde mental incorpora diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

1.3 A Atenção em Saúde Mental em Minas Gerais e sua articulação com a APS: Orientações dos gestores

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), pensando no aumento dos quadros crônicos na carga de doenças e na perspectiva mundial de permanência do crescimento desse dado, tem buscado reorganizar a rede de saúde para que possa atender não apenas os quadros agudos, mas também as condições crônicas de vários adoecimentos, entre eles o adoecimento mental. Desde abril de 2005, a SES-MG tem implementado em todo o território estadual o Programa “Saúde em Casa”, que contempla públicos - alvo e temáticas em saúde diferenciados. A base orientadora da organização dos serviços a partir deste programa – que privilegia a Atenção Primária e a assistência continuada – está contemplada em linhas-guia, manuais e protocolos elaborados por gestores, trabalhadores e pesquisadores das áreas relacionadas¹⁹.

A Linha-Guia em Saúde Mental, publicada em 2006, é direcionada a todos os profissionais da APS e equipes de saúde mental. Essa traz de maneira discursiva a proposta de modelagem da rede de assistência em saúde mental para Minas Gerais, assim como o histórico da Reforma Psiquiátrica neste estado, e algumas contribuições teóricas e práticas em psicopatologia e psicofarmacologia.

Observa-se no estado de Minas Gerais a expansão de uma rede de serviços diversificada e complexa, tendo por principais equipamentos e programas: os CAPS, as residências terapêuticas, ambulatórios não-tradicionais, centros de convivência, programas de geração de trabalho e renda, acolhimento em saúde

¹⁹ Além da saúde mental, há linhas-guia relacionadas à saúde da criança, do adolescente, do idoso, entre outras, disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia>.

mental integrado ao cotidiano das equipes de saúde da família. Essa rede busca substituir a lógica hospitalocêntrica e medicalizante da atenção em saúde mental, propondo a construção de uma rede comunitária e a assistência contínua à pessoa em sofrimento mental. Neste contexto, a Linha-Guia convida os envolvidos no cuidado em saúde mental, estejam eles no CAPS, na APS, ou numa organização da sociedade civil, à escuta do louco, à autonomia possível no cotidiano de um trabalho em rede no território.

Mesmo sendo considerados movimentos diferentes, embora simultâneos, há de se ponderar as interfaces das proposições reformistas dos sanitaristas e de militantes da Reforma Psiquiátrica no Brasil, especialmente para que se trilhem caminhos de compreensão do lugar da pessoa em sofrimento mental na rede primária de saúde. A ampliação do conceito de saúde e de saúde mental, o enfoque na atenção comunitária e territorializada, a ênfase nas abordagens interdisciplinares e coletivas, permeiam as práticas em construção dessa interface.

Observa-se na narrativa deste capítulo que a prática cotidiana dos serviços de saúde mental, especialmente aquelas em que se permitiu a experimentação e invenção, foi de suma importância na busca por mudanças sustentáveis. Nesse caminho, outras dificuldades foram sendo encontradas como, por exemplo, a necessidade de se discutir melhor, no contexto do processo de desinstitucionalização, a institucionalização de novos modos de lidar com a loucura na rede pública de serviços. Observa-se que o ideal do Movimento não exige apenas a extinção dos manicômios, mas abrange mudanças políticas e culturais mais amplas, incorporando a auto-crítica do fazer, do que está sendo radicalmente instituinte e do que permanece instituído no cotidiano. Daí a importância de se discutir saúde mental não apenas no que se refere à atenção nos hospitais ou nos CAPS, mas também nas unidades da Atenção Primária em Saúde, ao qual a pessoa em sofrimento mental raramente teve acesso, já que a linha tradicional de cuidado o remetia diretamente à atenção hospitalar e/ou psiquiátrica. Esta discussão deve se estender a todas as equipes atuantes na APS, e não apenas aos técnicos da saúde mental, pois assim pode-se contribuir para que a integração da saúde mental com a APS não prossiga em caminhos paralelos e em encontros fragmentados.

No capítulo seguinte, apresentarei a metodologia de pesquisa utilizada neste trabalho referente ao estudo de caso etnográfico que trata desta articulação entre Saúde Mental e APS em um município mineiro. Apresentarei também o cenário da pesquisa, seus participantes e o processo de produção dos dados.

CAPÍTULO 02 - METODOLOGIA

2.1 O estudo de caso etnográfico

A metodologia escolhida para este trabalho constitui-se de uma abordagem qualitativa de pesquisa que, como as outras modalidades desta abordagem “supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente ou situação que está sendo investigada, via de regra através do trabalho intensivo de campo” (LÜDKE & ANDRÉ, 2005, p.11).

A aplicação da abordagem etnográfica ao estudo de caso tem sido utilizada mais recentemente em pesquisas nas áreas de educação (ANDRÉ, 2007) e enfermagem (BARROSO & SOUSA, 2008). No campo da saúde mental, esta metodologia tem sido pouco utilizada em pesquisas sobre o cotidiano dos serviços e das políticas públicas relacionadas (PASSOS & BEATO, 2003). A modalidade do estudo de caso, em suas diferentes formas, é prática comum na área da saúde, principalmente com objetivos clínicos – tradicionalmente utilizada em pesquisas médicas e psicológicas.

Lüdke & André (2005) diferenciam as modalidades de pesquisa do tipo etnográfico e de estudo de caso. André (2007), em trabalho específico sobre etnografia no contexto escolar, adverte que nem todos os tipos de estudo de caso incluem-se dentro da perspectiva etnográfica, como por exemplo, estudos de caso no campo jurídico e administrativo. Porém, a autora considera que reflexões sobre os pressupostos da modalidade do estudo de caso aplicam-se aos estudos etnográficos em geral. No caso desta pesquisa, consideramos que a abordagem etnográfica e a prática do estudo de caso estão imbricadas.

O estudo de caso possibilita a construção de problematizações da realidade abordada em diferentes níveis. Ele não é uma técnica específica, mas uma “análise holística” que considera a unidade social estudada como um todo. A possibilidade de penetração e investigação mais profunda de uma realidade é maior no estudo de caso do que em estudos estatísticos. Segundo a antropóloga Miriam Goldenberg (2005, p. 34), o pesquisador deve utilizar diferentes técnicas buscando um número maior de informações, tendo por objetivo “apreender a totalidade de uma

situação e descrever a complexidade de um caso concreto”. Nesse processo de apreensão de uma realidade particular, com suas singularidades e dinamismo próprios, Geertz (2007) nos indica a possibilidade de saberes locais, que só poderão ser compreendidos a partir do lugar onde foram constituídos. Por essa razão, o pesquisador deve constantemente reorientar as questões que orientam a pesquisa, localizar novos informantes e, se necessário, realizar modificações no caminho metodológico durante o próprio trabalho (VIÉGAS, 2007).

O estudo de caso não deve ser concebido para testar proposições gerais, como em uma pesquisa experimental. Seus objetivos são abrangentes, mesmo considerando a impossibilidade da abordagem plena de uma realidade. Para Becker (1994, p.119), o estudo de caso tem conseqüências importantes e úteis para o pesquisador pois

Prepara o investigador para lidar com descobertas inesperadas e, de fato, exige que ele reoriente seu estudo à luz de tais desenvolvimentos. Força-o a considerar, por mais que de modo rudimentar, as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos que observa. E evita que ele faça pressuposições que podem se revelar incorretas sobre questões relevantes, ainda que tangenciais, para seus interesses principais.

O pesquisador, ao se inserir na vida de uma comunidade durante certo período de tempo, tem a possibilidade de observar o que as pessoas fazem normalmente em seu cotidiano, como e com quem elas se interagem. São capazes de observar o conteúdo, as conseqüências e as próprias percepções dessa interação. O registro das observações do pesquisador deve ser feito o mais breve possível depois de realizá-las (BECKER, 1994). Nessas anotações, questões referentes à relação “pesquisador-realidade abordada” devem constar para que seja realizada também a análise dessa implicação, visto que se trata de uma pesquisa qualitativa, em que a interpretação do pesquisador é plenamente assumida como certa perspectiva de análise.

A partir de 1930, a abordagem etnográfica se inseriu de maneira crescente no campo das pesquisas urbanas e em sociedades menores, sob influência dos trabalhos em desenvolvimento no Departamento de Sociologia da

Universidade de Chicago. Esse Departamento “baseava seus estudos no princípio de que a etnografia não se fazia somente em tribos indígenas, pois a cidade é um laboratório natural” (SOUSA & BARROSO, 2008, p. 152). Por volta de 1950, a etnografia passou a ser realizada para estudo de diferentes grupos de pessoas e culturas, não apenas em civilizações exóticas e/ou grupos marginalizados da sociedade.

Na abordagem etnográfica, o observador procura interpretar aquilo que já havia sido interpretado dentro do universo simbólico do grupo em estudo, ou seja, o pesquisador deve buscar conhecer o quadro referencial simbólico dentro do qual os participantes da pesquisa interpretam suas ações, pensamentos, sentimentos, seu modo de agir e estar no mundo. “É um estudo de significado da vida diária” (LIMA *et al*, 1996, p. 22).

A maneira como o observador se coloca diante das situações com as quais se depara e das interações que estabelecem influenciam significativamente a construção da pesquisa. É recomendado que o pesquisador realize a maior parte do trabalho de campo valorizando a experiência direta com a realidade estudada. Esta característica da pesquisa etnográfica foi introduzida na Antropologia por Bronislaw Malinowski, entre 1915 e 1920, quando realizou pessoalmente sua pesquisa, contrariando a prática dos etnógrafos da pesquisa à distância, vigente até então através do envio de questionários a viajantes e missionários que tinham por objetivo descrever culturas e civilizações distantes. Não havia, portanto, o contato entre o pesquisador e o campo de pesquisa.

Defendendo a idéia de que o pesquisador deveria ir ao campo de estudo para procurar os dados que lhe interessam, [Malinowski] introduziu o trabalho de campo ao estudo etnográfico. Malinowski realizou um estudo com indígenas no intuito de captar suas visões de mundo, não os considerando animais exóticos, mas pessoas que necessitavam de empatia e respeito (SOUSA & BARROSO, 2008, p. 152).

A pesquisa de campo, realizada pelo próprio pesquisador, tomou lugar importante dentro do campo da Antropologia e das Ciências Sociais de uma forma geral. Mas, no processo mesmo da busca dos dados que interessam ao

pesquisador, “(...) a pesquisa de campo, longe de separar as coisas, misturou-as ainda mais” (GEERTZ, 2001, p. 24). Este autor nos indica que a vivência do campo é muito mais complexa do que aquilo que teorizamos sobre ela.

O que numa sala de aula em Harvard era um dilema metodológico, um enigma a decifrar, passava a ser, numa cidadezinha javanesa de curva de estrada abalada pelo impacto de mudanças convulsivas, uma condição imediata, um mundo no qual se engajar. (...) era mais do que um quebra-cabeça, e era preciso mais do que categorias e definições, e bem mais do que a sagacidade de sala de aula e a facilidade com as palavras, para nos situarmos ali (GEERTZ, 2001, p. 24).

Considerando a sugestão acima, de que é necessário mais do que técnicas e conceitos para se engajar no contexto que se pretende estudar, destacam-se as características pessoais do pesquisador. André (2007) descreve quatro características esperadas do pesquisador que deseja realizar um estudo de caso qualitativo, a saber: tolerar ambiguidade, dúvidas e incertezas presentes no processo da pesquisa, sendo capaz de flexibilizar o próprio esquema de estudo; ter sensibilidade para explorar os dados que for obtendo assim como para analisá-los; ser comunicativo na interação com os sujeitos e estabelecer o *rapport* necessário para a compreensão da situação estudada; e, por último, ter habilidade da expressão escrita que condense um montante diversificado de dados.

A empatia para com o grupo social em estudo é também uma das atitudes esperadas do pesquisador. Um fato importante, recente dentro do campo da pesquisa etnográfica e que possibilitou a discussão deste tema, foi a publicação de um dos diários de campo de Malinowski por sua esposa, após a morte do autor. Geertz (2007, p. 86) interpreta esta publicação como “um pequeno escândalo”, em que uma das figuras ancestrais da antropologia “falou a verdade em público”²⁰. A “verdade” estava no fato de que em seu diário, Malinowski

²⁰ A publicação a que me refiro tem por título “Um diário no sentido estrito do termo”, publicado pela primeira vez em 1967. Foi publicado por decisão da viúva do autor, e escrito entre os anos de 1914 e 1918 quando do trabalho de campo de Malinowski entre os “Mailu” e em “Trobiana”, na Nova Guiné. Peirano (1992) esclarece que, anteriormente à pesquisa trobiana de Malinowski, W.H.R. Rivers (1912) já propunha alguns dos pressupostos de Malinowski, e que este último “reeditou na prática a proposta metodológica de Rivers”. A primeira publicação de “Notes and Queries in Anthropology” é do ano de 1874. Segundo a autora, Rivers propunha que “o abstrato deveria ser atingido através do

Dizia coisas desagradáveis sobre os nativos com quem vivia, e usava palavras igualmente desagradáveis para expressar estes comentários. Passava grande parte do seu tempo desejando estar em outro lugar. E projetava uma imagem de total intolerância, talvez uma das maiores intolerâncias do mundo (GEERTZ, 2007, p. 86).

Peirano (1992, p. 05) considera que o diário de Malinowski apresentou um pesquisador “assolado por sofrimentos psíquicos, físicos, fortes emoções e desejos e, portanto, muito mais humanizado”. Geertz (2007, p. 86) considera que o debate suscitado por esta publicação entre os antropólogos – que enfatizaram a “falta de caráter” de Malinowski – desconsiderou a questão mais importante, que é epistemológica e não ética. O mito em torno da capacidade do pesquisador em se tornar “semicamaleão” e “um milagre em empatia, tato, paciência e cosmopolitismo” foi desfeito por um dos principais antropólogos que o constituiu. Este questionamento nos indica que não é preciso ser um dos “nativos” para conhecê-los, e que o tema principal a ser posto em reflexão relaciona-se ao emprego dos conceitos de “experiência-próxima” e “experiência-distante”²¹ na análise antropológica, com o objetivo de “produzir uma interpretação do *modus vivendi* de um povo que não fique limitada pelos horizontes mentais daquele povo” (GEERTZ, 2007, p. 88).

Com relação à atuação do pesquisador, outra recomendação encontrada diz respeito à prática solitária no campo. Peirano (1992, p. 10) esclarece:

concreto; falava da necessidade do domínio da língua nativa; defendia a importância da simpatia e do tato na pesquisa; discutia a combinação de relatos nativos com observação das cerimônias que poderiam, em muitos casos, “permitir mais **insights** que um mês de perguntas” e, finalmente chamava a atenção para o equívoco do etnógrafo que procurava respostas para suas perguntas imediatas” (PEIRANO, 1992, p. 05, grifo do autor).

²¹ São conceitos do psicanalista Heinz Kohut, definidos por Geertz (2007, p. 87): “Um conceito de ‘experiência próxima’ é, mais ou menos, aquele que alguém – um paciente, um sujeito, em nosso caso um informante – usaria naturalmente e sem esforço para definir aquilo que seus semelhantes vêem, sentem, pensam imaginam etc. e que ele próprio entenderia facilmente, se outros o utilizassem da mesma maneira. Um conceito de ‘experiência-distante’ é aquele que especialistas de qualquer tipo – um analista, um pesquisador, um etnógrafo, ou até um padre ou um ideologista – utilizam para levar a cabo seus objetivos científicos, filosóficos ou práticos. ‘Amor’ é um conceito de ‘experiência-próxima’; ‘catexia em um objeto’ de ‘experiência-distante’ (...) Obviamente trata-se de uma questão de grau, não de posição extrema (...) E, pelo menos com relação à antropologia (no caso da poesia e da física não seria o mesmo) a diferença não é normativa, ou seja, um dos conceitos não é necessariamente melhor do que o outro, nem se trata de preferir um em vez do outro”.

(...) no início do século Rivers já recomendava que o etnógrafo deveria trabalhar sozinho no campo. Não porque a solidão fosse necessariamente a boa companheira da descoberta etnográfica – como depois Malinowski defendeu -, mas porque o objeto de trabalho etnográfico é indivisível.

A prática da etnografia deve ser mais do que mera coleta e compilação de dados observados. O pesquisador deve “fornecer informações bem detalhadas do contexto em estudo de modo que o leitor tenha base suficiente para fazer julgamento da possibilidade de transferência para outro contexto” (ANDRÉ, 2007, p. 58). Segundo Geertz (1989, p. 15) esta prática implica

(...) estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante. Mas não são essas coisas, as técnicas e os procedimentos determinados, que definem o empreendimento. O que define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma “descrição densa”.

O relatório de pesquisas etnográficas geralmente é rico em dados primários, o que permite a aproximação do leitor à realidade estudada, especialmente à pluralidade das percepções dos participantes da pesquisa, do modo destes se relacionarem com o próprio mundo. Dessa maneira, o relato da pesquisa deve contribuir para a compreensão densa e profunda dos processos observados na realidade estudada.

Ao tentar compreender como variadas situações são interpretadas por diversas pessoas, o pesquisador não busca uma realidade uníssona, mas a pluralidade de vozes (nas quais se inclui a do próprio pesquisador), mesmo se contraditórias entre si. Atento ao contexto, compreendido como multidimensional, o foco de olhar reside nos processos e não nos produtos, suscitando perguntas do tipo “como” e “por que” (VIÉGAS, 2007, p. 105).

Algumas críticas são feitas na literatura com relação à cientificidade das pesquisas etnográficas e à maneira da exposição dos resultados na modalidade narrativa. Uma das críticas diz respeito à falta de objetividade nos relatos etnográficos. A descrição dos dados deve ser objetiva no sentido de marcar as

especificidades tanto da observação do pesquisador e suas impressões, quanto do ambiente, das pessoas e de tudo aquilo que caracteriza a realidade particular em estudo. Dessa maneira, é possível a construção do objeto da pesquisa, atentando permanentemente para a relação entre o “pequeno caso estudado” e a realidade maior na qual este se insere.

O particular não é mera reprodução, em escala menor, do geral. Ao contrário, o que se encontra é um jogo de forças entre as duas esferas, compondo sempre um arranjo particular. (...) Trata-se, portanto, de uma relação feita de encontros e desencontros, continuidades e discontinuidades, conformismo e transformação (VIÉGAS, 2007, p. 106).

A descrição etnográfica, portanto, envolve o processo de “conceituação do objeto”, que está necessariamente imbricada em uma perspectiva teórica (VIÉGAS, 2007, p. 108). Esta autora lembra que há diferentes referenciais teóricos em etnografia que podem guiar o pesquisador na orientação do olhar para a realidade e na interpretação da estruturação das diferentes relações pesquisador-pesquisado. Além disso, a autora completa, citando Rockwell (1986), que a descrição não torna menos “objetiva” a etnografia. Esta é produto de um trabalho teórico e não “matéria-prima” para o mesmo. Os conceitos teóricos não emergem instantaneamente dos dados empíricos. Estes são formulados como consequência da relação entre o conhecimento de uma realidade concreta e as exigências de sua descrição densa. Desse modo, a pesquisa etnográfica desenvolve e sofisticada a teoria antropológica na medida em que confronta conceitos estabelecidos na relação entre “teoria e o senso comum que o pesquisador leva a campo”, e “a observação entre os nativos que estuda” (PEIRANO, 1992, p. 08). A autora coloca ainda que a “ausência da interlocução teórica” talvez seja o fator que tenha empobrecido a obra de muitos antropólogos com o passar do tempo. Já não mais em campo, o pesquisador “volta a ser ocidental uma vez que o diálogo entre as teorias dos antropólogos e dos nativos - que se dá *no* pesquisador – se esvanece” (PEIRANO, 1992, p. 12, grifo do autor).

No plano prático, Lüdke & André (2005) propõem três etapas para a realização da pesquisa etnográfica, a saber: Exploração, Decisão e Descoberta. A

primeira etapa é o momento de conhecimento sobre o fenômeno a ser estudado e a seleção de aspectos que serão mais bem investigados. Além disso, é nessa etapa que são feitos os primeiros contatos para a entrada no campo e os questionamentos iniciais com relação à busca de informações. A etapa da Decisão consiste na busca mais sistemática daqueles dados que o pesquisador considerou como os mais importantes para a compreensão e a interpretação do fenômeno. A terceira etapa envolve a interpretação dos dados no sentido de encontrar princípios subjacentes ao fenômeno estudado e de situá-los num contexto mais amplo, no sentido de construção de um quadro teórico dentro do qual o fenômeno pode ser compreendido.

Embora haja alguns procedimentos básicos a serem seguidos, não se pode dizer de “um cânone possível na pesquisa de campo”. Segundo Peirano (1992, p. 09)

Na antropologia, a pesquisa depende, entre outras coisas, da biografia do pesquisador, das opções teóricas da disciplina em determinado momento, do contexto histórico mais amplo e, não menos, das imprevisíveis situações que se configuram no dia-a-dia no local da pesquisa, entre pesquisador e pesquisados.

Destacarei a seguir algumas dessas situações e implicações da pesquisadora no campo da pesquisa.

2.2 Sobre a pesquisa de campo

A inserção no campo de pesquisa foi simultânea à minha entrada como trabalhadora da rede de saúde de Ipatinga-MG, minha cidade natal. Esta se deu no final do mês de janeiro de 2008. Desde então, comecei a descrever em caderno de campo minhas observações do cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde mental e das equipes de saúde da família, e sobre as reuniões do Programa de Saúde Mental das quais participei. A partir do mês de junho desse mesmo ano, percebi que minhas anotações estavam se tornando um caderno de anotações

diárias sobre os atendimentos que estava realizando, recados a serem dados para a equipe, entre outras anotações referentes diretamente ao meu trabalho enquanto psicóloga da rede. Não desconsidere as anotações anteriores, que permaneceram até o fim de dezembro de 2008, porém no formato de relato ampliado²². Identifico dois períodos da minha inserção no campo de pesquisa: até o mês de junho estive realizando a “observação participante”, principalmente por estar em campo não apenas como pesquisadora, mas como trabalhadora recém-admitida pela Prefeitura e também por estar de mudança recente para a cidade. Tudo era novo para mim: unidades, chefias, fluxos de encaminhamentos, etc. A partir de junho, percebi ter desenvolvido certo domínio da minha função e estabelecimento recíproco de referência para usuários e equipe. Desde então, caracterizo a inserção em campo enquanto uma “participação observante”, momento em que meu trabalho torna-se objeto de observação para esta pesquisa.

Os informantes foram escolhidos de acordo com os temas que surgiram no contato com a realidade empírica. Estes são caracterizados aqui não apenas como sujeitos de pesquisa, mas como participantes da pesquisa, uma vez que concordaram em contribuir para a elaboração deste trabalho. São todos trabalhadores das redes de saúde e saúde mental, atuantes no ano de 2008. Nem todos os informantes escolhidos estiveram em situação de entrevista²³, porém contribuíram através de conversas e reuniões no decorrer das atividades do serviço. É importante ressaltar que as entrevistas foram analisadas no sentido de se buscar um tema geral sobre o qual aquele informante trouxesse contribuições importantes, interligando a experiência e as percepções pessoais à construção das práticas em saúde mental da rede em estudo. As entrevistas foram realizadas de acordo com as determinações éticas, mediante assinatura pelo entrevistado e entrevistador do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo no Apêndice (A). Está em

²² Relato ampliado é um relatório contendo informações coletadas diariamente, porém redigidas num período posterior. O pesquisador escreve sobre um período de dias, e não sobre cada dia.

²³ Foram feitas duas tentativas de entrevista com um dos médicos do PSF da Unidade de estudo, porém este não compareceu conforme combinado. O clima político persecutório presente no município no segundo semestre de 2008, durante o período eleitoral, impossibilitou a entrevista com gerentes e com o coordenador do Departamento da Atenção em Saúde. Observei um pacto de silêncio entre estes funcionários, cujos cargos são de indicação do gestor, no sentido de uma não exposição sobre como estavam sendo desenvolvidos os programas. Os materiais divulgados e as exposições verbais dos gestores neste período atenderam ao objetivo eleitoral. Foi um período de fechamento total da instituição. A autorização para a publicação desta pesquisa, por exemplo, só foi liberada no início deste ano.

Anexo (A) cópia da autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização e publicação desta pesquisa.

A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora, e corrigidas por dois estagiários da pesquisa. A discussão dos dados foi realizada em encontros presenciais e virtuais. Os encontros foram registrados através de relatórios pessoais para auxiliar no processo posterior de discussão teórica e na escrita. Segue no Apêndice (B) quadro descritivo dos entrevistados com as respectivas referências utilizadas nesse texto.

2.3 Sobre a implicação da pesquisadora

O estudo de caso etnográfico, como metodologia qualitativa de estudo de um grupo, instituição ou movimento social pertencente à mesma sociedade do pesquisador faz uma apropriação de conceitos e pressupostos da etnografia, porém, no caso desta pesquisa, há o complicador de não se tratar exatamente de um outro, de um diferente, como a antropologia transcultural visa explorar.

Nesta pesquisa, trata-se não de uma imersão num campo de pesquisa estranho ou desconhecido, mas de uma mistura híbrida de observação sobre a própria experiência, uma vez que como psicóloga passei a fazer parte do grupo estudado, situação que traz implicações e complicações próprias que precisam ser consideradas.

Para Hess (2004, p. 26), a análise da implicação proposta na obra de René Lourau “passa pelo desvendamento do momento de produção e de tudo que o atravessa”, o que atesta que a vida cotidiana do autor não é dissociada do trabalho de campo e da construção teórica. A questão da implicação define-se, assim,

(...) na relação que o pesquisador mantém com seu objeto, o prático com seu campo, o homem com sua vida. A análise de tal relação encontra obstáculos e impossibilidades ao se apoiar na lógica instituída (a da indução e dedução), feita justamente para manter à distância o mundo em que estamos implicados (HESS, 2004, 26).

O diário, neste contexto, considerado como dispositivo de suporte do pensamento em seu movimento de construção e desconstrução permanentes, nos permite entrar em contato com o cotidiano do autor. Este movimento, captado pelo diário, talvez consista no nexos entre implicação e transdução. O conceito de transdução é, assim como o de implicação, de difícil definição. Significa a “passagem”, a “transposição (...) de um registro a outro” (HESS, 2004, p. 28).

Como já descrito, o início desta pesquisa foi simultâneo à minha entrada na rede de saúde de Ipatinga. Antes de implicar-me, portanto, no trabalho de pesquisa a ser realizado naquele município, já estava implicada naquela instituição e na possibilidade de estar neste campo de trabalho. Realizei concurso público em maio do ano de 2007 e fui convocada em dezembro do mesmo ano para o cargo de psicóloga da saúde. Nesta época, era bolsista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e, conforme cronograma do projeto de pesquisa iria iniciar a pesquisa de campo na rede de saúde de Belo Horizonte em janeiro de 2008. Optei por tomar posse na prefeitura de Ipatinga, acreditando que poderia prosseguir com a pesquisa de campo em Belo Horizonte, movida pela busca da estabilidade oferecida pelo emprego público. Porém, já na minha apresentação à instituição foi negada a liberação de dias de trabalho para a continuidade da pesquisa na capital mineira. Além disso, houve a sugestão pela gestão de mudança da metodologia do projeto – qualitativa - para uma coleta de dados mais quantitativa, ou a exoneração, pois a atividade acadêmica seria incompatível com o trabalho na rede, e como eu era novata deveria primeiramente “mostrar trabalho”.

Decidi manter as duas tarefas, porém mudando o campo empírico. Em consenso com a orientadora desta pesquisa, e com o parecer favorável do coordenador da saúde mental de Ipatinga na época, optei pela pesquisa na rede desta cidade. O que não previ neste momento foi que este trabalho duplo me tomaria integralmente, não apenas pelo tempo a ser dispensado tanto para as tarefas assistenciais quanto acadêmicas, mas pelas muitas implicações que se deram ao longo do processo e que me exigiram um esforço da ordem do “insuportável” para sua transdução.

O conteúdo do caderno de campo, mais do que uma observação “externa” dos acontecimentos da rede de saúde, revelou insatisfações constantes com a administração municipal, principalmente em razão da oferta de condições estruturais de trabalho precárias e da desorganização em todos os níveis

administrativos no processo de recepção e destinação dos técnicos do Programa de Saúde Mental às unidades de trabalho. Estas queixas vieram também de outros profissionais, especialmente dos recém-admitidos. Uma colega de trabalho, assistente social, disse diretamente a um dos gerentes que a unidade de saúde estava como um “carro desgovernado”. Ao longo de todo o ano de 2008, minha relação com a coordenação do Departamento de Atenção à Saúde, com a coordenação da Saúde Mental e com os inúmeros gerentes que transitaram em minha unidade de trabalho restringiu-se à solicitação de um lugar adequado para atendimento ao usuário e à liberação oficial para a realização da pesquisa, requisito indispensável para qualquer trabalho de campo acadêmico.

Somado a isso, outro fator que me fez considerar a experiência como da ordem do “insuportável”, foi ter assumido na prática aquilo que se tornaria meu objeto de pesquisa: a integração da saúde mental com a APS. No caso de Ipatinga, o elo de integração são os psicólogos das UBS/USF. Assumi, então, o desafio dessa integração na prática assistencial e no trabalho acadêmico. Desde o início do trabalho expus minha não-afinidade com a clínica psicológica tradicional e que me parecia não ser resolutive na APS. Porém, com o passar dos meses, observei que tanto os funcionários quanto a comunidade mantinham a idéia de que o acolhimento da psicologia era o espaço para agendamento de consultas e que o restante do horário deste profissional deveria ser direcionado aos atendimentos em consultório. Em uma anotação do caderno de campo observo:

Apenas seguindo agenda. Esta, até dia 15/04, está lotada! Em 30 minutos você deve ouvir a pessoa mais acompanhante/familiar, ver histórico, dar encaminhamento (decidir conduta), entrar com dados prontuário eletrônico e de papel. Discussão com psicólogo sobre agenda, atendimentos. Exponho não afinidade com clínica tradicional. Diversidade de demandas que aparece.²⁴

A sensação que fica é que tudo se concentrou em mim, pesquisadora e trabalhadora. Por muitas vezes me posicionei tentando filtrar o que era queixa com relação ao trabalho e aquilo que seria de interesse para a pesquisa; ao mesmo tempo em que compreendia que os atravessamentos da prática eram também objeto

²⁴ Anotação do caderno de campo do dia 18/03/08.

da pesquisa. Nas primeiras tentativas de escrita dessa experiência, deparei-me com a quantidade de informação que possuía, o que repercutiu no meu cotidiano numa desaceleração produtiva das tarefas. Num primeiro momento, atuei mais na produção e coleta dos dados, distanciada de um posicionamento analítico para com o material empírico. Isso se deu em meados de 2008, quando, ao contrário do que observei na prática da pesquisa, estive mais presente na equipe de trabalho enquanto técnica, retomando e inaugurando questionamentos importantes nas reuniões da equipe como, por exemplo, a diferenciação entre atuar como psicólogo e como técnico de referência em saúde mental na APS. Tive uma participação ativa nas atividades do grupo e nas propostas de discussões de temas relacionados à organização da rede de forma comunitária e na perspectiva de uma clínica ampliada, ao registro diário das ações dos técnicos e do histórico do Programa de Saúde Mental, e ao diálogo com outras redes municipais.

Minha apresentação “oficial” para a equipe de saúde mental aconteceu durante a festa de despedida do coordenador do Programa de Saúde Mental, em março de 2008. O coordenador iria se licenciar para cursar o mestrado, porém o pedido, mais tarde, não foi liberado pela administração, permanecendo o cargo da coordenação informal. Foi nesta data que consegui apoio da equipe para realizar a pesquisa na rede de saúde de Ipatinga e iniciei os procedimentos formais em busca da autorização da secretaria de saúde. A equipe remetia-se a mim como aquela que tem o *link* com a universidade, com a produção do conhecimento acadêmico. Fui recebida com os seguintes dizeres: “Novinha... Carinha de 16 anos!” (psicóloga); “Tem uma pesquisa bem legal, super inteligente” (coordenador)²⁵. Nota-se que o termo “científico” é muito utilizado pela equipe, e há psicólogos que se reúnem numa associação privada para o estudo e a produção de artigos sobre a prática psicanalítica na rede de serviços de uma forma geral. Destacam-se nesses trabalhos o estudo da clínica em saúde mental e de casos clínicos.

Uma das psicólogas do CLIPS comentou, numa conversa particular, que gostaria de conversar com a equipe no sentido de que eles ouvissem “o que a Aline pode nos falar do *social* no trabalho da saúde mental”. Este lugar, o do “social”, ficou manifesto quando numa reunião de um sub-grupo da equipe de saúde mental, sobre a qual não fui informada, os técnicos presentes determinaram que eu faria a escrita

²⁵ Anotações caderno de campo do dia 03/03/2008.

da seção “Sobre a rede de suporte social” do Plano Local de Saúde Mental, juntamente com a assistente social do CLIPS. Fiquei surpresa por não ter sido indicada para escrever a seção “Sobre a saúde mental na APS”, já que era exatamente esse tema que busquei trabalhar nesta pesquisa e que já havia compartilhado com a equipe. Um outro momento que ilustra essa identificação foi durante os eventos da semana do dia da Luta Antimanicomial de maio de 2009, em que fui convidada para falar sobre a integração da saúde mental com a APS para os trabalhadores, usuários e familiares da rede de saúde de Ipatinga. Rapidamente, o convite foi desfeito e sugerido pela coordenação atual do Programa que outra técnica apresentasse esta temática sob a justificativa de que enquanto técnica eu não havia tido as condições estruturais para desenvolver um trabalho que ilustrasse aquilo que era o Programa de Saúde Mental de Ipatinga. Acatei a sugestão, me esquivando de uma participação central nas atividades, o que desapontou alguns psicólogos novatos que interpretaram que minha participação na palestra seria o caminho do reconhecimento da presença dos técnicos concursados, muitos destes sem ligações anteriores com a constituição atual da rede.

Minha atitude questionadora da realidade na qual estava me inserindo, pouco apresentada pelos outros profissionais recém-admitidos e também pela equipe antiga que lamentava a ausência da figura de um coordenador, desencadeou na minha indicação, em acordo interno da equipe de saúde mental, para o cargo de coordenadora do programa. Esta indicação foi direcionada ao secretário de saúde, em abril de 2009, quando da entrada da gestão municipal interina. O curioso é que nessa época, insatisfeita com as condições precárias de trabalho e fortes turbulências políticas no município, planejava minha exoneração e a dedicação para o trabalho do mestrado. Recusei a indicação, que foi aceita por uma outra psicóloga do Programa, aquela que escreveu sobre a saúde mental na APS no projeto do Plano Local de Saúde Mental e que apresentou o tema em palestra em nome da equipe de saúde mental. Essa indicação da equipe não foi acatada pela secretaria de saúde que nomeou um ex-psicólogo da equipe de saúde mental, atuante na APS na década de 1990 e início da década de 2000, e que nos últimos anos estava trabalhando no setor de assistência à saúde dos funcionários da prefeitura. Este psicólogo, atual coordenador do Programa de Saúde Mental, tem enfrentado resistências por parte da equipe, principalmente dos profissionais mais antigos. Somente a partir da presença deste técnico na equipe é que veio à tona a

necessidade de se buscar outros informantes fora da equipe atual de saúde para a pesquisa, em especial ex-membros da equipe de saúde mental. No primeiro contato que tive com o atual coordenador, este já se referiu a mim como pesquisadora e se ofereceu para uma entrevista, relatando sua trajetória particular e diferenciada do restante da equipe de construção da integração da saúde mental com a APS em Ipatinga. Como o prazo de finalização deste trabalho para defesa já havia expirado, avaliei não ser possível realizar novas entrevistas neste momento. Tem sido tarefa dessa coordenação, dentre outras funções, reorganizar os fluxos da rede e garantir o financiamento das ações, além de gerenciar a lotação dos técnicos visto as demissões dos profissionais contratados e a admissão daqueles aprovados em concurso público, o que tem gerado ainda mais desentendimentos e discussões internas da equipe.

Após a entrada do novo coordenador, decidi pelo distanciamento do Programa enquanto técnica, desenvolvendo apenas as atividades que me eram destinadas em meu local de trabalho. Solicitei dois períodos de férias próximos no início de 2009, o que me possibilitou distanciar do contexto do trabalho e escrever a dissertação. Esta última tarefa foi adiada por meses, principalmente pela dificuldade de diálogo com os dados do cotidiano que estavam sendo produzidos na constante mutação de um campo político turbulento e imprevisível. Transduzir essa experiência, passar aquilo que se deu na ordem da vivência para o registro da escrita, deu-se em idas e vindas, numa tentativa de diálogo constante com os dados e de resistências diárias em registrar uma experiência profissional nem um pouco motivadora. Uma colega de trabalho com a qual compartilhei solicitações à administração de melhoria das condições de trabalho comentou sobre a “má sorte” que tive com o meu primeiro emprego e que ela, já tendo trabalhado em municípios menores, sentiu-se frustrada com a organização e conduta gerencial encontrada numa prefeitura rica e de grande destaque na região do Vale do Aço. Conforme apontei no caderno de campo, essa experiência foi uma “mistura de sentimentos e expectativas pessoais” que me possibilitou questionar afinidades e princípios ideológicos com relação ao fazer da saúde mental no dia-a-dia das unidades públicas sanitárias.

Hoje fico admirada sobre como a forma de organização de uma equipe e condições estruturais de trabalho interferem no agir profissional. Corredores lotados, não há cadeiras para todos. Gestantes, crianças com bebês, idosos em pé. Grupos foco das equipes misturados. Agentes de saúde vão para os fundos e lêem jornal, preenchem formulários, conversam. Funcionárias da recepção mal conseguem dar bom-dia (responder a um pelo menos). Psicólogo relata dificuldades com recepção que não separa prontuários de papel antes dos atendimentos e que foi definição da gerente anterior²⁶.

O descontentamento com o gerenciamento e a organização da rede pública municipal prosseguiu e, em meio a promessas de melhorias propostas por vários gerentes, acabei adotando a postura do “comodismo”, postura que um dos psicólogos da rede já havia me alertado nos primeiros meses de trabalho: “você não vai gostar do trabalho, mas vai se acostumar”²⁷.

É nessa postura que me encontro ao escrever esta dissertação. No primeiro semestre de 2009, busquei conhecer as atividades de outros programas municipais, especialmente os relacionados ao setor da assistência social e aos projetos em desenvolvimento pelas equipes do NASF. Dentro do Programa de Saúde Mental, além do exercício da referência assistencial direta ao usuário, tenho participado de reuniões de planejamento e discussão de ações em saúde mental para o segundo semestre de 2009. O contexto político local permanece turbulento, em especial, pela possibilidade de retorno de um prefeito cassado ou de posse do candidato eleito que teve sua candidatura negada após as eleições. Está presente no discurso dos funcionários a “espera” até que o cenário político municipal se estabilize e se conheça a equipe gestora que ditará as regras para o funcionalismo público municipal nos próximos três anos.

No capítulo seguinte, descreverei o campo empírico desta pesquisa e uma narrativa dos primeiros anos de trabalho da equipe municipal de saúde mental de Ipatinga, período em que já observamos a abordagem de casos da saúde mental na APS.

²⁶ Anotação do caderno de campo do dia 24/03/2008.

²⁷ Anotação do caderno de campo do dia 26/03/2008.

CAPÍTULO 03 - DO SERVIÇO AMBULATORIAL PSICOLÓGICO AO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: EXPERIMENTAÇÕES NA REDE PRIMÁRIA

Neste capítulo, apresentarei a localização do campo empírico desta pesquisa que se constituiu de estabelecimentos físicos, coletivos de trabalhadores e situações que descrevem como acontece a integração da saúde mental com a APS no município de Ipatinga. Apresentarei também o período inicial de experimentação de atendimento de pessoas em sofrimento mental na APS de Ipatinga, possibilitado pela presença de psicólogos em UBS desde o final da década de 1980. Este grupo de psicólogos, influenciados pelas propostas da Reforma Psiquiátrica, construiu uma trajetória particular de criação de dispositivos diferenciados daqueles que se referem à atenção psiquiátrica tradicional e considerou, desde sua origem, a APS como o principal nível de atenção em saúde mental.

3.1 Campo da pesquisa

Durante a pesquisa, circulei por diversos espaços da rede pública de saúde de Ipatinga²⁸. Os principais dispositivos foram: a Unidade de Saúde da Família Esperança II (USF ESP II), a Clínica Psicossocial (CLIPS), que é o CAPS do município, e as reuniões do Programa de Saúde Mental - em que se reúnem todos os profissionais da saúde mental do CLIPS e psicólogos lotados na APS.

A USF Esperança II é a unidade em que trabalho desde março de 2008. Antes disso, o responsável pela lotação dos profissionais nomeados em janeiro de 2008, após palestra introdutória ao serviço público, me destinou a outra USF da cidade sem fornecer nenhuma orientação com relação a que tipo de trabalho eu desenvolveria. Nesta unidade, procurei a gerência que, por sua vez, me orientou a procurar o coordenador da saúde mental na época. Somente aí tive conhecimento da existência de um Programa de Saúde Mental no município. Era nítido o despreparo, da gestão aos técnicos, para a chegada dos novos profissionais. Lembro-me que esta unidade para qual fui destinada não contava com o serviço de

²⁸ Em anexo (B) segue breve descrição das unidades e serviços em saúde presentes no município.

psicologia apenas para atender aquele território. Os usuários eram atendidos na unidade de um bairro próximo. Desde a recepção, os funcionários ficaram alegres com a presença de um profissional de psicologia apenas para aquela unidade. Dirigiram-se a mim como a “solução para todos os problemas”, de usuários e também dos funcionários. Minha estadia ali durou apenas este momento. O gerente pediu que eu me dirigisse ao CLIPS antes de começar a trabalhar na APS. No CLIPS, permaneci em estágio por quase dois meses (fevereiro e março de 2008), e pude observar a rotina deste serviço e sua relação com o restante da rede de saúde, em especial com a APS.

A USF Esperança II foi escolhida como campo empírico para a pesquisa por haver a possibilidade da observação diária e cotidiana do serviço, num período mais prolongado – um ano ininterrupto, conforme a recomendação dada para a realização de pesquisas etnográficas na banca de qualificação deste trabalho. Além disso, trabalhei por volta de três meses, diariamente, em conjunto com o psicólogo contratado cujo lugar eu iria substituir. Somente em agosto de 2008, a administração transferiu o profissional contratado para outra USF, na mesma regional. Pude realizar neste período uma fase exploratória da pesquisa nesta unidade.

A seguir, descrevo brevemente estes dispositivos, sua estrutura física, recursos humanos e funcionamento.

3.2 Dispositivos analisados

3.2.1 A Unidade de Saúde da Família Esperança II

Em Ipatinga, a Atenção Primária em Saúde tem se organizado através da Estratégia de Saúde da Família desde o ano de 2002. São ao todo 36 equipes, cuja composição básica é feita por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Estas equipes estão distribuídas em 19 Unidades de Saúde da Família. Há, ainda, no município três unidades que funcionam no modelo tradicional. Cada equipe atende cerca de quatro mil usuários cadastrados em seu território de referência.

Com o objetivo de realizar a atenção em saúde mental de maneira territorializada e contínua, a APS de Ipatinga conta com 14 psicólogos. Estes estão lotados nas UBS/USF e devem cumprir jornada de 30 horas semanais, na assistência direta ao usuário e seu familiar, assim como exercer a função de técnico de referência em saúde mental para as equipes de saúde. Cada psicólogo é referência para cerca de 3 a 6 equipes de saúde da família.

Na USF Esperança II, inaugurada em 2005²⁹, há três equipes lotadas, porém estas estão incompletas. Atualmente, duas equipes possuem médico com vínculo em PSF, e a terceira equipe não possui médico³⁰. A rotatividade deste profissional é alta. Durante o ano de 2008, observei a permanência contínua, com interrupção de cerca de dois meses, de apenas um médico. As outras duas equipes permaneceram vários meses sem referência médica, e tiveram médicos contratados temporariamente, com carga horária de vinte horas semanais, o que prejudicou o vínculo deste profissional com a equipe e com a comunidade. Em todas as equipes o grupo da enfermagem está completo. Quanto à cobertura dos agentes comunitários de saúde (ACS), esta não tem contemplado a determinação legal. Há equipe com apenas duas agentes. As outras equipes possuem três e quatro ACS, respectivamente.

Além das equipes de saúde da família, há dois técnicos superiores de saúde lotados na unidade: uma psicóloga e uma assistente social. Esta última é a primeira profissional da área lotada nesta unidade. Até agosto de 2008, quando da convocação desta profissional, os usuários necessitavam ir à outra unidade da regional de saúde para serem atendidos pelo serviço social. A referência em psicologia já é presente diariamente nesta unidade desde junho de 2006.

Além destes profissionais citados, trabalham na unidade: um gerente; três técnicas de enfermagem – responsáveis pela farmácia e pela sala de curativo; cinco auxiliares de serviços gerais – responsáveis pela limpeza e cozinha; quatro auxiliares administrativos – responsáveis pela recepção, marcação de exames e

²⁹ As equipes lotadas nesta unidade iniciaram o trabalho no ano de 2002, utilizando espaço de uma igreja do bairro para os atendimentos, até o término da construção da unidade.

³⁰ A partir de março de 2009 a gestão municipal em exercício iniciou a contratação de médicos para o PSF prioritariamente para as regiões que estavam sem referência. Quanto ao cumprimento da carga horária de trabalho, observa-se que todos os médicos contratados desta unidade não respondem às 40 horas semanais determinadas pela Portaria nº 648, de março de 2006. Tal fato tem sido comum em todo o município e tornou-se assunto prioritário de discussão pela gestão municipal.

consultas; um vigia patrimonial e um motorista³¹. Médicos especialistas como ginecologista, pediatra e pneumologista vão à unidade alguns dias da semana para atendimento de casos agendados pelas equipes de saúde da família.

Além da rotatividade dos médicos, durante o período de observação houve também rotatividade de gerentes. De janeiro de 2008 a abril de 2009 cinco técnicos superiores de saúde assumiram a gerência da unidade, indicados pela gestão vigente. Há a orientação administrativa de rotatividade de gerentes nas UBS/USF, porém as mudanças de coordenadores nesta unidade foram decorrentes da instabilidade política pela qual a cidade passou no ano de 2008, e que prossegue no ano de 2009. Após as eleições municipais, o candidato eleito para prefeito esteve impedido de assumir o cargo por estar em débito com a Justiça de prestação de contas da gestão exercida na década de 1990. O prefeito anterior, que ficou na segunda posição no resultado final das eleições, tomou posse em janeiro de 2009, porém permaneceu por curto período a frente da gestão municipal em razão da determinação da cassação de seu mandato devido à alegação de uso particular de dinheiro público e compra de votos. Os processos judiciais dos dois candidatos ao cargo de prefeito ainda estão em votação. Atualmente, há um governo interino, cujo prefeito empossado era o presidente da Câmara de Vereadores, conforme determina a legislação. Esta turbulência no cenário político de Ipatinga teve repercussões diretas no funcionamento dos órgãos públicos. Na saúde, por exemplo, cada gestor constituiu equipe de gerentes diferentes, e a entrada e saída de prefeitos repercutiu numa entrada e saída também repentinas de gerentes nas unidades de saúde de uma forma geral.

Desde o segundo semestre de 2008, uma equipe do NASF foi designada para auxiliar as equipes de saúde da família da USF Esperança II. Esta equipe é composta por uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e um farmacêutico. Cada dia da semana esta equipe desenvolve atividades junto a uma USF da região.

Percebe-se que há um número grande de trabalhadores que circulam nesta unidade e que a estrutura física não contempla um atendimento adequado e satisfatório tanto para profissionais quanto para os usuários. Ao descrever a

³¹ Estes trabalhadores compõem, juntamente com a psicóloga e assistente social a equipe "Pink", fundada em dezembro de 2008 com o objetivo de promover integração entre os funcionários da USF Esperança II, especialmente entre aqueles que não fazem parte de equipe de saúde da família.

Unidade, as pessoas que ali circulam se referem a ela como um “corredor”. Esta Unidade se constitui de um corredor estreito, iniciando pela recepção e sala da gerência de um lado, banheiros e bebedouro de outro. Seguindo o corredor, há os consultórios. Do lado direito há um consultório de enfermagem, um consultório médico, uma sala de acolhimento, outro consultório médico, uma cozinha e um banheiro para funcionários. Do lado esquerdo, há um consultório de enfermagem, uma sala de acolhimento, um consultório médico, outra sala de acolhimento, um consultório de enfermagem, uma sala de almoxarifado. No fim do corredor há uma saída para uma área aberta, não coberta, estreita, onde os funcionários geralmente almoçam, lancham, conversam em horários livres. Esta área também é utilizada para reuniões breves, já que não há sala de reuniões nesta Unidade. Há ainda, nesta área, a sala de expurgo. Na frente da Unidade, há as salas de medicação, vacina, farmácia e curativo. Não há salas para o Serviço Social, Psicologia e para os outros profissionais que vão semanalmente atender na Unidade³². É feito uma negociação entre os próprios funcionários de revezamento de salas. No período da manhã, horário de maior procura dos usuários na Unidade não há possibilidade de liberação das salas para os outros técnicos superiores de saúde que não são integrantes das equipes de saúde da família. Desta maneira, geralmente é solicitado flexibilidade do horário à assistente social e ao profissional de psicologia para que trabalhem no período da tarde. Uma solução temporária é a utilização de salas de profissionais que estão em falta, especialmente dos médicos. Não há, ainda, cadeiras e bancos suficientes para a espera dos usuários até o atendimento. A maioria dos usuários aguarda atendimento em pé no período da manhã, dificultando a passagem pelo corredor, o que gera inúmeras reclamações.

A USF Esperança II oferece atendimento ao público de 07 às 18 horas, com atendimento das equipes de PSF até as 16 horas, e intervalo para almoço de 12 às 13 horas³³.

³² Anteriormente à finalização deste texto, houve remanejamento do atendimento da psicóloga e da assistente social devido às dificuldades estruturais. Ambas passaram a atender numa sala específica em outra USF da regional de saúde, distante do local de moradia da população de referência.

³³ O secretário interino de saúde, assim que assumiu o cargo, juntamente com as discussões sobre o cumprimento obrigatório da carga horária de 40 horas semanais pelos médicos, estipulou que todas as USF devem funcionar em horário integral. Este secretário determinou que as equipes desenvolvessem um esquema de revezamento no horário de almoço e para a permanência de pelo menos um médico e um enfermeiro nas USF até o fechamento destas. Observa-se a não adesão dos médicos na execução desta recomendação.

3.2.2 Clínica Psicossocial - CLIPS

Apesar de ter por objetivo conhecer como se dá a integração da saúde mental no cotidiano de trabalho da APS e de ter sido designada para trabalhar na rede primária, o período que passei no CLIPS foi considerado pela coordenação do Programa de Saúde Mental como um estágio introdutório aos trabalhos na APS. Foi também um período exploratório da pesquisa, pois pude observar rotinas e fluxos de encaminhamento, além de realizar o acolhimento de alguns casos.

O CLIPS é um serviço substitutivo em saúde mental que oferece tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo para o portador de sofrimento mental. Destina-se a atender pacientes adultos com transtorno mental severo durante a agudização da crise, principalmente quadros psicóticos e neuroses graves. É classificado como CAPS II, segundo critérios da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Localiza-se em prédio anexo à Policlínica Municipal de Saúde, não apresentando estrutura física compatível com a necessidade do serviço. É importante frisar que, no caso de Ipatinga, o CLIPS tem sido considerado como o estabelecimento de acolhimento das urgências que não obtiveram resolutividade na rede básica de saúde. O acompanhamento ambulatorial dos usuários em saúde mental deve ser realizado através do trabalho do psicólogo em conjunto com as equipes de saúde da APS.

O atendimento ao público é realizado por equipe multiprofissional no horário de 08 às 18 horas, de segunda à sexta-feira. Esta equipe é composta por 4 médicos (dois psiquiatras e dois especialistas em psiquiatria), 2 enfermeiros, 3 auxiliares de enfermagem, 2 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, 2 auxiliares de serviços gerais, 2 auxiliares administrativos, 1 supervisora técnica administrativa e 1 vigia patrimonial. A maioria destes profissionais chegou ao serviço sem ter conhecimento em saúde mental e/ou princípios da Reforma Psiquiátrica. As duas psicólogas lotadas não têm experiência de trabalho em UBS/USF e são consideradas pela equipe como aquelas mais bem qualificadas para a prática clínica em saúde mental. A assistente social do CLIPS iniciou seu trabalho na rede na APS e participou do período inicial das experiências locais de atendimento da pessoa em sofrimento mental, no final da década de 1990.

O acolhimento no CLIPS funciona em regime aberto durante todo o horário de atendimento ao público. A partir desse primeiro atendimento, o técnico superior de saúde escalado para aquele plantão avalia qual conduta é mais pertinente naquele momento. Buscam-se informações sobre o caso a partir do acompanhante, dos psicólogos na APS, de prontuários existentes, ou de outras fontes que possam contribuir para entendimento do caso. Para aqueles casos que se enquadram nos critérios de atendimento no CLIPS, desde o acolhimento já se inicia a construção do Projeto Terapêutico Individual. São realizadas reuniões para discussão dos casos cuja periodicidade e turno a serem realizadas são constantemente remanejados pela equipe em decorrência da natureza do serviço – atendimento de urgências – e dos horários diferenciados dos profissionais.

Quando há a necessidade de realizar a contra-referência à rede primária, esta se dá através de boletim de encaminhamento escrito ou de ligações telefônicas. Lendo alguns prontuários do CLIPS, percebi que não há uma padronização para este encaminhamento. Os prontuários do CLIPS não são informatizados. As anotações são feitas de maneira convencional, em papel, e arquivadas juntamente com outros documentos importantes relacionados ao tratamento, numa pasta específica para cada paciente. Na USF, recebi alguns boletins, a maioria de psiquiatras, endereçados à psicologia e clínica médica. Estes relatavam pequeno histórico do usuário no CLIPS, medicação em uso, sugestão de manejo medicamentoso com a melhora do paciente e de acompanhamento psicológico. Durante um curto período, as contra-referências eram feitas através de uma lista com os nomes dos pacientes em alta do CLIPS enviada ao correio eletrônico dos gerentes das UBS/USF. Nas UBS/USF o sistema de prontuários é eletrônico e é utilizada pelos técnicos de saúde das equipes de saúde da família. A maioria dos psicólogos sub-utiliza ou nunca utilizaram este sistema, mantendo os prontuários convencionais diferenciados daqueles das equipes de saúde da família em razão da “especificidade das informações da psicologia” que devem ser sigilosas. Não há, portanto, o prontuário único do paciente, nem entre psicologia e equipes de saúde da família, nem entre psicólogos da APS e CLIPS. A inexistência deste recurso fragmenta a atenção contínua do usuário da saúde mental na rede de saúde como um todo, gerando repetidas vezes sobreposição de ações, uma vez que não se tem contato, no ato do atendimento ao usuário, do percurso que este realizou na rede e quais as condutas tomadas pelos outros profissionais. Além disso, a existência do

prontuário único contribuiria para a construção da co-responsabilidade entre equipes de saúde mental e saúde da família daqueles casos que são referidos pelas equipes como apenas “da psicologia” ou “do CLIPS”.

No CLIPS, os médicos não são escalados para acolhimento por uma definição coletiva da equipe deste serviço. Esta optou por liberar os médicos para participarem de medicação e avaliações de urgência. Além disso, nos primeiros anos de funcionamento do CLIPS, observou-se grande rotatividade dos psiquiatras neste serviço, o que a equipe considerou como fator dificultador do planejamento de uma escala permanente de acolhimento. Na prática, o que se observa são agendas cheias, tanto dos psicólogos quanto dos médicos. Há consultas agendadas para um intervalo de quinze dias, um mês, e até mais do que isso, período em que geralmente o usuário permanece sem contato com o serviço. Esta organização do trabalho escapa da lógica de atendimento apenas durante a crise, transformando o CLIPS num ambulatório de saúde mental. Percebe-se a ausência de uma pactuação clara do que seria a “crise” para este serviço e, conseqüentemente para a rede como um todo.

Além do acolhimento e dos atendimentos individuais, o CLIPS oferece: oficinas terapêuticas, grupo de familiares, visitas domiciliares, atividades de socialização assistida com pacientes e seus familiares, supervisão da rede assistencial de saúde através de preceptores. Os casos de urgência subjetiva de difícil manejo com os recursos disponíveis do CLIPS são encaminhados ao Hospital Municipal de Ipatinga ou à rede FHEMIG (Galba Veloso, Raul Soares e Centro Psicopedagógico, em Belo Horizonte).

As oficinas é um dos temas recorrentes nas conversas e reuniões da equipe do CLIPS e dos psicólogos da APS. No ano de 2008, observei que tanto para usuários do CLIPS, quanto para os seus familiares, as oficinas são consideradas atividades livres que, apesar dos horários e tarefas estabelecidos e fixados nas paredes do estabelecimento, não havia garantia de que aconteceriam e de que seriam coordenadas por algum técnico do serviço. A responsabilidade das oficinas é atribuída pela equipe às terapeutas ocupacionais, com o auxílio das técnicas de enfermagem. Com a entrada de novas terapeutas ocupacionais, no ano de 2009, o planejamento e execução diária das oficinas têm sido retomados, porém é ainda superficial a discussão nos serviços sobre a potencialidade terapêutica do recurso da oficina. A preocupação dos técnicos com relação ao desenvolvimento das

oficinas refere-se à falta de materiais. Há um orçamento específico para esta aquisição, porém tanto os pedidos de materiais quanto o recebimento destes parece não seguir um protocolo pactuado entre Programa de Saúde Mental e Secretaria Municipal de Saúde.

A execução de oficinas no cuidado em saúde mental tem propiciado discussões internas da equipe referentes às responsabilidades de cada categoria profissional. Lembro-me de um debate informal na sala de reunião do CLIPS que os enfermeiros propuseram a leitura do código de ética da enfermagem para esclarecerem se a oficina é uma atividade própria da profissão; as terapeutas ocupacionais argumentaram que as oficinas poderiam ser conduzidas por profissionais de nível médio, porém planejadas pela terapia ocupacional. A participação da psicologia nas oficinas veio através de iniciativas de alguns profissionais novatos, que trouxeram em sua formação uma perspectiva mais ampliada de intervenção e de utilização de estratégias de grupo em saúde mental. As psicólogas mais antigas no serviço, que dedicam a maior parte do tempo para o cumprimento de suas agendas, raramente participam das oficinas e em nenhum momento, depois de minha entrada na rede, estiveram na condução destas. A única orientação que tive com relação à participação da psicologia nas oficinas do CLIPS foi dada informalmente por uma psicóloga. Esta mencionou que tudo que eu porventura conversasse, escutasse de algum paciente, independente se estava no consultório, deveria ser anotado no prontuário deste, pois poderia se caracterizar como um atendimento. Esta mesma profissional sugeriu em conversas informais e numa reunião formal de equipe, a realização de um seminário interno sobre oficinas terapêuticas³⁴.

O serviço social do CLIPS tem papel fundamental no diálogo e suporte aos familiares dos usuários da saúde mental. Há uma reunião mensal com os familiares com o objetivo de estudar temas relacionados à saúde mental, realizada por iniciativa da assistente social do serviço. Esta profissional define que a atividade não é um espaço de “desabafo” e sim de esclarecimento de dúvidas com relação ao adoecimento mental. Participei de duas reuniões a convite da assistente social. As

³⁴ Em agosto de 2008, aconteceu um seminário na cidade, desvinculado da rede pública, promovido pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise do Vale do Aço (CEPP), da qual esta profissional e outros psicólogos da rede municipal de saúde mental fazem parte. O tema principal deste evento foi “O corpo e as Oficinas Terapêuticas”. Neste evento, foi lançada a terceira edição da revista desta associação que teve como eixo central o tema das oficinas terapêuticas.

questões que surgiram no grupo referiam-se ao cotidiano da vida de um cuidador. Os familiares trouxeram o sofrimento e os momentos “nós” no cuidado da pessoa em sofrimento mental que acabam refletindo na saúde do próprio cuidador. Na rede primária, há poucas iniciativas de atividades contínuas direcionadas aos familiares. Geralmente os psicólogos das UBS/USF fornecem orientações gerais com relação ao cuidado do familiar em crise e planejam passeios e atividades de lazer para este público específico.

3.2.3 Reuniões gerais do Programa Municipal de Saúde Mental

As reuniões gerais do Programa de Saúde Mental são mensais, geralmente acontecem na última sexta-feira do mês, em alguma unidade da rede que haja sala de reunião que comporte toda a equipe. Participei de todas as reuniões gerais do ano de 2008. No segundo semestre deste ano, a equipe planejou reuniões extras, em sub-grupos, principalmente em razão da escrita de um Plano Local de Saúde Mental, da programação de eventos para o ano de 2009 e discussões acerca do cargo de coordenação. Estes sub-grupos foram denominados de comissões, criados com o objetivo de auxiliar a coordenação do Programa.

Estas reuniões são direcionadas a todos os profissionais do Programa de Saúde Mental. São eles: 14 psicólogos lotados nas UBS/USF; psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos do CLIPS. De acordo com a pauta da reunião, são convidados outros profissionais para participarem. Em algumas reuniões houve a presença de representantes da gerência do CLIPS – que é exercida pela gerência da Policlínica Municipal, pois não há gerência específica-, de técnicos administrativos do CLIPS e representantes do Departamento de Atenção à Saúde, ao qual o Programa de Saúde Mental está vinculado. A participação majoritária é dos psicólogos lotados na Atenção Primária.

Pude observar nas reuniões que as maneiras de integração entre saúde mental e APS são diferentes entre as UBS/USF de Ipatinga. Há um eixo articulador, uma “espinha dorsal” para esta integração – acompanhar usuários da saúde mental em crise subjetiva e em quadros estabilizados em parceria com as equipes de saúde da família – porém, observei enormes desigualdades de recursos estruturais e

administrativos entre as unidades. A promoção da integração entre saúde mental e APS é percebida pela equipe como de responsabilidade dos psicólogos das UBS/USF e a concretização desta como resultado da vontade política e “desejo” destes técnicos. O auxílio dos gerentes das UBS/USF é também considerado como elemento importante nesta integração por ser este aquele ator capaz de possibilitar um trabalho mais autônomo dos psicólogos na APS.

No ano de 2008, os temas recorrentes nas reuniões foram sobre a gestão em saúde e em saúde mental, a necessidade de oficialização do cargo de coordenador em saúde mental, a cobertura da psicologia na Atenção Primária e a função técnica deste profissional na rede. Nos primeiros meses, a pauta ainda incluiu discussões de casos clínicos, conforme era realizado nos anos anteriores. Porém, o crescimento da equipe em razão da entrada de novos profissionais concursados e a instabilidade política no município movimentaram a equipe no sentido de delimitação e legitimação de espaço próprio dentro da Secretaria de Saúde e na rede de saúde como um todo. A presença da coordenadora estadual de saúde mental na cidade, em julho de 2008, também se deu como fator propulsor para a produção de um planejamento político-administrativo das ações em saúde mental do Programa.

3.3 Compreendendo o modo de funcionamento da rede local de Saúde Mental

Após assumir o cargo de psicóloga na APS de Ipatinga-MG, senti a necessidade de esclarecer melhor como os novos colegas de trabalho se tornaram uma equipe de saúde mental, e definiram como clientela prioritária do serviço de psicologia na APS aquelas pessoas em sofrimento mental grave. Ao iniciar os atendimentos na APS, senti certo incômodo em ter que buscar diariamente a parceria das equipes de saúde da família no acompanhamento dos pacientes da saúde mental. Certa vez uma enfermeira com a qual trabalho fez um comentário que, a meu ver, ilustrou perfeitamente este incômodo. Ela comentou que deveria ser muito difícil ter que “mendigar” atendimentos do médico do PSF para os “meus” usuários. Por diversas vezes me fiz o seguinte questionamento: “Considerando a

presença numericamente significativa de psicólogos na APS para atender à demanda da saúde mental, a manutenção da lotação deste profissional nas UBS/USF, e a formalização de um Programa de Saúde Mental que privilegia a APS como lugar de atenção à pessoa em sofrimento mental, porque é tão difícil o acompanhamento em equipe destes casos entre psicólogos e equipes da APS?”. Com esta motivação, busquei dados históricos sobre a constituição do Programa Municipal de Saúde Mental, com o objetivo de compreensão das percepções envolvidas na construção de um lugar para a Saúde Mental na APS deste município.

Encontrei poucos trabalhos sistematizados sobre o histórico da construção do Programa de Saúde Mental vigente em Ipatinga. Foi necessária pesquisa específica em arquivos pessoais de profissionais mais antigos da rede, entrevistas, leitura de atas de reuniões da equipe, conversas informais. Não tive por objetivo esgotar todos os dados encontrados sobre a construção da política de saúde mental do município uma vez que este trabalho se configuraria numa outra pesquisa que dispensaria tempo e investimento focalizado³⁵.

Duas fontes foram privilegiadas nesta descrição inicial: a entrevista do entrevistado P1 e o livro de atas de reunião da equipe de saúde mental dos anos de 1992 a 1995. O entrevistado P1 é o técnico legitimado pela equipe para que fale por ela, para que a represente. Portador de um discurso articulado, este psicólogo contribuiu para problematizar as questões presentes localmente, e se destacou na equipe, permanecendo nesta no lugar de coordenador do grupo, atuando como uma liderança carismática. Observa-se que a formatação da rede de saúde mental encontrada, e aquela construída cotidianamente pela equipe atual, tem grande influência das idéias deste coordenador. Grande parte do material impresso encontrado sobre a organização do Programa de Saúde Mental, formalizado em 2001, é da autoria deste técnico. A representação da equipe na maioria dos encontros e eventos de saúde mental também foi exercida por este técnico. Optei,

³⁵ Após a constatação da existência de poucos registros sobre o histórico das ações em saúde mental na rede pública de Ipatinga, houve uma movimentação interna da equipe no sentido de criar uma comissão – da qual me tornei membro - que se responsabilizou pela elaboração do histórico de constituição do Programa. Isso se deu em meados de 2008, após visita de Marta Elisabeth de Souza, Coordenadora da Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais ao município e participação na reunião da equipe de trabalhadores em 17/07/2008. Marta chamou a atenção dos trabalhadores para a necessidade de se retomar a elaboração de um “Plano Local de Saúde Mental”, não formalizado até então entre trabalhadores, gestão e usuários da rede. Os encontros para elaboração deste Plano iniciaram-se em novembro de 2008 e ainda encontra-se em fase de finalização.

então, por manter este entrevistado como informante privilegiado sobre o histórico do programa de saúde mental visto que, em campo, os outros técnicos, inclusive da APS, fizeram referências recorrentes a este psicólogo.

Pela leitura das atas do período de 1992 a 1995, observa-se que a equipe era dispersa, e apresentava dificuldades na pactuação de diretrizes para a organização da oferta de serviços à população. Outros poucos psicólogos, além do entrevistado referido acima, trouxeram também questionamentos importantes para a configuração de uma rede local de saúde mental. Estes psicólogos, que já não compunham a equipe de saúde mental no período em que entrei na rede, sugeriram um processo de reforma dos serviços assistenciais que deveria iniciar por fora da rede pública de saúde, através de um processo de mobilização social em prol da criação de serviços substitutivos, em especial o CAPS. As experimentações locais destes profissionais não foram exploradas neste trabalho em razão do tempo disponibilizado para a realização desta pesquisa. Optei por manter a definição de investigação da integração da saúde mental com a APS do município de Ipatinga a partir dos profissionais que a estavam realizando quando me inseri na rede, no ano de 2008. Por esta razão, o resgate do histórico também se deu a partir da equipe em atuação, sejam estes profissionais da equipe de saúde mental ou da APS.

Na próxima seção, descreverei sobre o período inicial de experimentação de intervenções em saúde mental na APS de Ipatinga, consolidando o trabalho do grupo de psicólogos e psiquiatras da rede como de uma equipe municipal de saúde mental ao longo da década de 1990. Ao longo dos capítulos seguintes, as referências ao conteúdo de atas de reuniões da equipe e de documentos do Programa de Saúde Mental estão explicitadas nos quadros dos Apêndices (C) e (D). Os nomes de profissionais da rede presentes nas citações destes documentos e nos trechos de entrevistas são fictícios.

3.3.1 Implantação do serviço ambulatorial da psicologia na APS

A rede pública de saúde do município de Ipatinga conta, desde o ano de 1986, com psicólogos lotados em UBS. No final da década de 1980, profissionais recém-aprovados em concurso realizado pelo Estado assumiram cargos da área da

saúde, dentre eles, três psicólogos, uma psiquiatra e uma enfermeira. Estes técnicos juntaram-se aos já contratados - uma médica, uma psicóloga e uma assistente social. De acordo com trechos do texto ainda em elaboração do “Plano Local de Saúde Mental”

Esse grupo se auto-denominou “Equipe de Saúde Mental da Rede Pública de Ipatinga”. Essa Equipe passou a reunir às sextas-feiras para pensar, estudar e planejar uma nova prática de assistência em saúde mental no município (D4).

No início da década de 1990, a Prefeitura de Ipatinga realizou concurso para a área de saúde. A proposta do concurso público foi motivada pela gestão da época, pertencente ao Partido dos Trabalhadores, que tinha à frente da Secretaria Municipal de Saúde a médica sanitarista Lêda Vasconcelos. Em 1992, os aprovados tomaram posse, e neste grupo estavam doze psicólogos e dois psiquiatras.

A proposta inicial feita pela Secretaria de Saúde para estes profissionais foi centrada em ações programáticas.

Os profissionais deveriam dar apoio aos diversos programas existentes (mulher, crianças, etc) e também tentar, junto com a equipe da unidade de saúde e comunidade, trabalhar os problemas de saúde levantados pelo diagnóstico sócio-sanitário do território no qual estava inserido a Unidade de Saúde de sua lotação (COSTA, 1993, p. 02).

Um dos psicólogos aprovados neste concurso relata que:

Existiam psicólogos na saúde é, em alguns postos de saúde, atendendo a essas demandas tradicionais do momento pré-reforma, que eram aquelas demandas de pouca configuração assim em termo de quadro psiquiátrico, neuroses leves, transtornos de ensino e aprendizagem, dificuldades no relacionamento familiar, esses, essas pequenas disfunções em crianças (...) E aí nós chegamos e começamos a trabalhar “posto de saúde” (P1).

As práticas desenvolvidas eram oriundas da clínica tradicional. Realizava-se triagem dos casos através de entrevistas, agendavam-se atendimentos psicológicos individuais - que permaneciam por períodos prolongados – realizavam e recebiam encaminhamentos de outras especialidades. Os psicólogos atuavam de maneira isolada, e esta dinâmica era observada também no trabalho das outras especialidades em saúde. Não havia espaços permanentes de discussão de casos, diálogo e intervenções interdisciplinares. Um dos psicólogos do grupo ilustra o trabalho desenvolvido nesta época:

(...) consulta ambulatorial, com marcação de consulta, demanda livre, sem nenhuma integração com as equipes no sentido de um programa, no sentido de uma orientação de saúde mental. Então era a psicologia encravada num posto de saúde atendendo aquilo que a psicologia tradicionalmente vinha atendendo (P1).

O público que demandava o atendimento, por encaminhamento ou demanda espontânea, se caracterizava majoritariamente por quadros leves de neuroses, quadros clínicos secundários a um outro adoecimento, crianças com dificuldades escolares, pessoas com problemas conjugais e familiares diversos, ou que se queixavam de problema dos “nervos”.

Em cerca de metade dos casos que chegam até nós encontramos patologia orgânica ou sintomas físicos associados, além dos fenômenos psicossociais (...). Da asma à isquemia, passando por crises glicêmicas e tireóide alterada. (...) Há outra parte das pessoas que vêm, ou são encaminhadas, sabendo que o motivo do seu sofrimento não é algo que acontece por causa de seu corpo; elas acatam, embora com reservas, que existe um profissional dos “nervos”, para as inibições e “traumas”, para o que acontece em regiões que não podem ser reveladas nem pelo exame de sangue, nem pelo “elétrico”, nem mesmo pela cintilografia virtual mais sofisticada (...). As pessoas que procuram o serviço espontaneamente, sem indicação de alguém, são raras. Outros chegam sob forte influência e até mesmo sob certa coação. Esses últimos dificilmente permanecem em tratamento da primeira vez: há os que retornam meses, às vezes anos, depois das primeiras entrevistas (BORGES, entre 2001-2002, p.02-3).

Em consonância com a atenção em saúde mental desenvolvida na época em todo o país, a assistência às pessoas em sofrimento mental se dava através do recurso da internação e de maneira exclusivamente ambulatorial, em nível secundário.

Muita histeria, um pouco de neurose obsessiva e, menos, psicoses não apareciam [na APS], até porque não havia fluxos de encaminhamento. O quê que acontecia: as neuroses graves e as psicoses elas eram automaticamente encaminhadas para a psiquiatria que funcionava na Policlínica (...) que era também um atendimento exclusivamente ambulatorial, com marcação de consulta (...) caso de crise magna, caso de surto, etc, eram encaminhados diretamente pra Belo Horizonte [hospitais psiquiátricos], nem passava pela Policlínica (P1).

Havia também uma questão porque não havia uma disciplina de encaminhamento, qualquer um, a qualquer momento, naquela época, poderia ou pegar uma ambulância que os vereadores tinham, ou pegar um carro particular e levar diretamente pra lá [refere-se a hospital psiquiátrico], era um depositário de doença mental ainda nessa época, de forma que foi assim (P1).

Na primeira metade da década de 1990, além dos psicólogos lotados em Unidades da APS e no Centro de Especialidades Médicas – Policlínica – havia, neste ambulatório, dois psiquiatras que recebiam os casos mais graves em saúde mental. Porém, a demanda que se criou neste tipo de atenção tradicional foi infundável.

(...) o profissional psiquiatra não conseguia fisicamente dar conta desses atendimentos, a não ser espaçando esses atendimentos numa escala tal que impedia qualquer tipo de tratamento. Atendimento de seis em seis meses, receita pra seis meses, completamente inviável né. Era isso ou internação. Assim, da parte dos serviços de saúde né (P1).

Outras alternativas fora da rede pública assistencial também eram procuradas pelos familiares das pessoas em sofrimento mental grave. No município de Ipatinga e região não houve instalação de hospital exclusivamente psiquiátrico, o

que não significou a inexistência de espaços asilares e de segregação de pessoas em sofrimento mental. Há relatos de estabelecimentos filantrópicos presentes na cidade que historicamente recebem pessoas acometidas com vários tipos de deficiências, físicas e mentais, e também aqueles que desenvolvem quadros psiquiátricos, de dependência química e outros sofrimentos psicossociais³⁶. Tais estabelecimentos são ainda considerados por trabalhadores e moradores da região como depositários de pessoas indesejadas socialmente. Na década de 1990, a situação era ainda pior.

(...) como não havia nada de política pública nesse sentido, qualquer um fazia o que lhe aprouvesse. Num certo sentido faz, mas hoje menos, porque nós temos instrumentos pra coibir isso, na época não. Então assim, tinha vários locais em que um determinado fulano, uma determinada fulana abriu uma casa, abriu uma sede de fazenda, abriu um sítio, e colocava lá, internava lá, vários tipos de pessoas com problemas de sofrimento mental, problemas de deficiência mental, problemas de abuso (...). Então tinha várias, mas várias. Não havia essa distinção que a gente julga hoje essencial entre sofrimento mental, doença mental, deficiência mental, abuso de químicos, né (P1).

Além da internação em hospitais psiquiátricos, principalmente na capital mineira, e em abrigos e asilos da cidade, as famílias buscavam através de práticas culturais e religiosas – “enclausramento, raizada, descarrego, botar pra fora” (P1) – alternativas à assistência medicalizada.

3.3.2 Início do movimento local pela Reforma Psiquiátrica: reunião dos trabalhadores na crítica ao asilo e para a constituição de uma equipe de saúde mental

No ano de 1992, encontra-se em ata de reunião³⁷ uma primeira notícia de discussão interna da equipe sobre a existência de instituições asilares na cidade. Esta discussão foi divulgada em documento no “Seminário Regional de Saúde

³⁶ As instituições filantrópicas referidas estão em funcionamento na região. Estas têm buscado ajustar conduta no sentido de oferecer tratamento adequado e diálogo com a rede pública de saúde.

³⁷ Data de 16/06/92.

Mental do Leste Mineiro”³⁸. A partir de então, foram planejadas pela equipe atividades em conjunto com profissionais de um dos principais asilos da cidade. Em entrevista, um psicólogo da equipe nesta época relata que foi produzido um material de vídeo que retratava o estabelecimento e as condições precárias do local. Tal iniciativa foi desarticulada, na percepção deste psicólogo, por não haver entre os profissionais “psi” um eixo orientador das ações que incorporasse princípios mais radicais propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. O entrevistado sugere que a pactuação entre os membros do grupo destes princípios poderia conferir a este a identidade de uma equipe de saúde mental.

Mas como que a gente ia intervir no asilo se a gente não tinha uma equipe, se a gente não tinha uma orientação, se a gente não tinha clareza sobre quais os princípios, quais as diretrizes que a gente deveria seguir, quais os recursos que a gente poderia oferecer? Valeu como um retrato cru da realidade pra nós. (...) ajudou a fundamentar alguns pontos de vista, a sedimentar os pontos de vista (P1).

Apesar de não haver critérios orientadores claros e pactuados entre todo o grupo para um projeto de saúde mental, a crítica à estrutura asilar era compartilhada por todos.

Discutir na reunião a questão do asilamento na reunião com a diretoria [do asilo]? O grupo reconhece que não está dando conta de discutir no trabalho com o asilo a questão da estrutura asilar. Falta à equipe questionar junto à instituição toda a estrutura asilar (A8).

As discussões nas reuniões retratavam esta tentativa de se criar um eixo norteador das ações da equipe dos profissionais “psi” no sentido da saúde mental, e que tivesse a participação da gestão na época. Esta questão ficou manifesta quando da elaboração do documento anteriormente referido que foi apresentado no primeiro evento em que o grupo de trabalhadores de Ipatinga esteve presente.

³⁸ Etapa regional Leste Minas de Saúde Mental, ocorrida de 03 a 05 de julho de 1992.

Entrando na pauta do dia que é o trabalho a ser apresentado em João Monlevade [cidade vizinha] “Saúde Mental e Cidadania” (...) foi discutido o seguinte: como apresentar um trabalho na conferência leste em nome de uma equipe de saúde mental de Ipatinga se essa equipe não existe? Pode-se falar de uma estrutura que não existe? (...) Qual a importância, o valor de se constituir ou não uma equipe, e o que ficou evidente é a necessidade da constituição da mesma (A2).

O convite à participação de representantes de Ipatinga na “Conferência Leste” referida na ata foi uma iniciativa do psicólogo Max Moreira, trabalhador na época do Serviço de Saúde Mental de João Monlevade - SESAMO, já sistematizado e em atuação no início da década de 1990, e amigo de um dos psicólogos da equipe.

(...) por um amigo meu, de Belo Horizonte, que tinha ido pra João Monlevade trabalhar, Max Moreira (...) ele falou “vamos fazer um encontro da saúde mental do leste mineiro, primeiro encontro da saúde mental do leste mineiro” (...) “você faz um textozinho aí, vê com o pessoal, convoca o pessoal, vê quem quer vir, etc., e vamo reunir”. Foram representantes de Timóteo, não me lembro de representantes de Coronel Fabriciano, e daqui, eu conversei com o pessoal na época e eles falaram “não, vai você mesmo, e tudo, vai lá”. Então tá registrado isso, existe um volumezinho, foi a primeira participação de um representante de Ipatinga de, vamo dizer assim, é do grupo da saúde mental, tem um texto aqui, é da saúde mental de Ipatinga, que eu me lembre foi o primeiro, em coletivos regionais (P1).

Após a Conferência, os anais do evento foram lidos e discutidos nas reuniões da equipe. Consta em ata dois questionamentos importantes que a equipe construiu naquele momento, sugestivos do caminho que a equipe estava tomando de definição das intervenções a serem ofertadas em saúde mental, tanto por parte dos profissionais que estavam na APS quanto para os que se encontravam na Policlínica. Observa-se que a equipe enfoca o tratamento como função do técnico de saúde e que esta função não deve ser confundida com as ações de cidadania.

Pontos polêmicos. O que é essencial na intervenção da equipe de saúde mental? O relatório aponta que é tratamento. Quem é o “agente de cidadania” e sua possível confusão com o técnico de saúde (A3).

Outra participação a título de representação da equipe num evento em saúde mental se deu com a ida do mesmo representante da equipe no encontro da região leste de Minas Gerais, novamente designado pela equipe, para a Brasília, em 1992, quando da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Este psicólogo comentou sobre o evento:

E tava lá Jurandir Freire Costa, tava a turminha toda, a turma da Itália, entendeu, o Rotelli, e foi importante. Depois eu fiz um relatório, não sei se você teve acesso, na chegada eu fiz um relatório do que eu tinha visto lá, distribui pro pessoal, discutimos e aí foi esse negócio (P1).

Em ata, foram anotadas as principais discussões decorrentes dessa participação, uma delas se referiu à maneira como os serviços de saúde mental estavam sendo implementados no Estado. Não há, neste momento, indicação de discussões relacionadas a uma crítica mais radical à assistência psiquiátrica tradicional.

Ipatinga e MG têm caminhado em sentido contrário ao tomado pelos serviços de outras regiões do Brasil, pois aqui a burocracia dada à saúde mental é constante. Não houve pronunciamento de participantes mineiros na conferência, nem apresentação de material. Isto denuncia a desarticulação destes serviços em MG (A5).

Na tentativa de construção de diretrizes para as ações em Saúde Mental, em junho de 1992, realizou-se o “Seminário de Saúde Mental de Ipatinga – Reestruturação da Atenção em Saúde Mental”, cujo documento aprovado foi denominado de “Diretrizes para uma Política Municipal de Saúde Mental”. De acordo com a pesquisa de Rosemary Costa (1993), dentre as principais diretrizes indicadas estavam: reversão do modelo hospitalocêntrico e manicomial hegemônico através de uma política ambulatorial e conscientização popular; criação de espaços de discussão entre trabalhadores e comunidade para avaliação das ações e reflexão sobre os mitos em torno da loucura; reconhecimento e valorização de práticas culturais populares, relativizando o saber médico-psicológico; estímulo às práticas

intersetoriais; incentivo à atuação dos Conselhos Populares de Saúde; desenvolvimento de ações de saúde coletiva e integração do programa de saúde mental aos outros programas e demais atividades da Unidade de Saúde. A autora descreve que neste momento foi possível realizar, à luz do “Planejamento Estratégico Situacional”, um levantamento dos problemas de saúde mental emergenciais do município, porém este trabalho, realizado através de uma oficina, “por motivos de ordem diversas, o processo se estancou e não foi possível delinear um modelo assistencial para a Saúde Mental do município no ano de 1992” (COSTA, 1993, p. 02).

A equipe de saúde mental não havia incorporado efetivamente os princípios reformistas antimanicomiais, embora estes estivessem presentes no contexto discursivo deste grupo de trabalhadores. Como constata um dos psicólogos entrevistados, criou-se um imaginário do que seria a Reforma Psiquiátrica.

(...) o bolo [a equipe de saúde mental] começando a tentar se organizar, mas sem pegar pelos princípios da Reforma, impedimentos de ordem doutrinária, clínica, se chocando com aquilo que a gente imaginava que eram os princípios da Reforma Psiquiátrica, então, puro imaginário, também desconhecimento, ignorância, pouco rendimento teórico (...) (P1).

3.3.3 Intervenções sanitárias na rede local de saúde

Em meio às discussões para um consenso da equipe sobre o direcionamento a ser dado na constituição da rede assistencial em saúde mental local, em julho de 1992, uma equipe de Campinas esteve em Ipatinga para prestar assessoria à rede de saúde como um todo. O convite se deu por iniciativa da equipe de gestão da época, pertencente ao Partido dos Trabalhadores, que mantinha contatos com militantes da Reforma Sanitária. A relação desta gestão com a equipe de saúde mental era distante, não havia a referência explícita ao grupo de psicólogos e psiquiatras, por parte dos gestores, como uma equipe de saúde mental.

A equipe de Campinas era formada por sanitários e professores vinculados ao LAPA/UNICAMP, entre eles estavam Emerson Mehry e Gastão

Wagner de Sousa Campos, nomes significativos do movimento da Reforma Sanitária no país. Neste grupo estavam também técnicos atuantes no Movimento da Reforma Psiquiátrica. São eles: Florianita Campos, psicóloga sanitária, autora de trabalhos sobre a inserção da psicologia no SUS e sobre modelagens de rede da cidade de São Paulo-SP; e o psiquiatra Roberto Tykanori, médico que participou, nos primeiros anos da década de 1990, do processo de desativação da Casa de Saúde Anchieta da cidade de Santos-SP.

Era um gestor do Partido dos Trabalhadores, que os quadros deles na época tinham contato não só com Campinas, mas com Manguinhos (...) era tudo mais ou menos do mesmo grupo, da Reforma Sanitária Brasileira, e por meio desses contatos eles chamaram o pessoal pra vir, né?! Eles já tinham a experiência do Paidéia, de São Paulo, tinham experiência do Ceará, em Sobral no Ceará, e me parece que em alguns outros lugares também, Rio Grande do Sul, e com isso vieram parar aqui, por via de contato político, não é que... Não é que Ipatinga, “puxa!”, se destaca como uma urgência de problemas sanitários, não. Era realmente porque as pessoas eram antenadas (...) (P1).

Anteriormente à chegada do grupo do LAPA/UNICAMP, a gestão em saúde de Ipatinga havia iniciado um projeto de reorganização da assistência, no ano de 1991, baseada em orientações do SILOS³⁹ – Vigilância à Saúde do grupo OPAS – Brasil. Conforme Costa (1993, p. 01), este projeto teve duas características principais:

(...) basicocêntrica, ou seja, é hierarquizado tendo seu início nas Unidades de Saúde (Existem 12 UBS). Outra característica que fundamenta o pensamento acerca do planejamento e organização de serviços de saúde na cidade é a idéia de Equipe, como coloca a Secretária de Saúde Leda L. Vasconcelos: “...é necessário entender

³⁹ SILOS: Sistemas Locais de Saúde, conhecidos no Brasil como Distritos Sanitários. São estes, a exemplo do “Unitá Sanitarie Locali” da Itália “espaços processuais concretos de reorganização das práticas de saúde com base no princípio da co-responsabilidade das instituições estatais e da sociedade civil sobre a saúde da população de um território sede de dinâmicas sociais, econômicas e demográficas que condicionam problemáticas específicas em saúde” (MEANA, F. R, 1991, p. 10). Neste livro, são apresentadas as discussões do encontro realizado no ano de 1991, em Santos-SP, em cooperação com a Itália, durante o qual foi abordado o tema da saúde mental no contexto dos SILOS.

que o trabalho de uma unidade de saúde é resultado do trabalho de uma equipe multidisciplinar e não privilégio de uma categoria ou outra.

A contribuição dessa intervenção na reorganização da assistência em saúde em Ipatinga contribuiu para a territorialização do município e diagnóstico da realidade sócio-sanitária, subsídio para o planejamento local do SUS (COSTA, 1993).

Também com o objetivo de contribuição na reorganização da assistência em saúde, a intervenção institucional na rede de saúde de Ipatinga proposta pelo LAPA/UNICAMP foi publicada por Emerson Mehry (2006) em capítulo do livro "Inventando a Mudança na Saúde". Entre os problemas identificados e discutidos nos seminários realizados estava a formação de filas de usuários nos serviços (MERHY, 2006, p. 127-8). Esse levantamento foi realizado através de oficinas com os trabalhadores dos diversos setores ligados à Secretaria Municipal de Saúde. O grupo da Saúde Mental também foi convidado a se reunir e produzir relatórios que auxiliassem a produção de um Projeto de Saúde Mental para o município, baseado nos problemas específicos encontrados pelo conjunto dos trabalhadores.

(...) a metodologia específica era de nós, nós estratégicos, era uma coisa assim, em que eles pegavam certos focos de problemas da saúde, reuniam os técnicos daquelas áreas e aí eles esboçavam então saídas possíveis para aquela situação. E foi chamada a saúde mental pra se meter nesse negócio (...) Não existia a saúde mental, foram chamados os psicólogos e psiquiatra e tal (P1).

Apesar das reuniões freqüentes em que emergiram temas relacionados às práticas extra-hospitalares na assistência psiquiátrica, o grupo efetivamente não era uma equipe de saúde mental. Na APS, os psicólogos mantinham a prática da psicoterapia tradicional, atendendo clientela de acordo com afinidades pessoais teóricas e práticas, e dos programas desenvolvidos na APS. Na Policlínica, observa-se atendimento à clientela da saúde mental, porém o trabalho também era realizado de maneira isolada, sem a intenção de interação em rede. Este trabalho desconexo, não contínuo entre os níveis de saúde, e não dialogado entre os psicólogos da APS, além da não definição de um público-alvo do serviço, propiciou o desenvolvimento de projetos particulares, em cada localidade, o que dificultou a definição de diretrizes

gerais da assistência em saúde mental para todo o município. Esta falta de coesão do grupo dificultou também a formalização administrativa de uma equipe de saúde mental. O único momento em que o grupo se percebe uma equipe é durante as reuniões, pois neste espaço a pertença ao campo da saúde mental é pactuada por todos, diferentemente do que sugere as ações realizadas principalmente na APS, onde os psicólogos mantiveram práticas especialísticas isoladas, sem propor concretamente o envolvimento de outros profissionais na assistência, na contra-mão das recomendações do trabalho interdisciplinar em saúde mental e em saúde coletiva. Desta maneira, o trabalho “psi” na APS permaneceu configurado como um ambulatório psicológico, e não como um ambulatório de saúde mental.

No período de intervenção do grupo de Campinas, quando começaram a acontecer reuniões motivadas pela administração direcionadas ao grupo completo de profissionais “psi”, tendo a equipe iniciado reflexões internas do grupo sobre o próprio trabalho desenvolvido quando do convite para a participação no Encontro Regional de 1992, surge um novo rompante no sentido de se conduzir o trabalho do grupo na perspectiva da saúde mental. Nas reuniões foram propostas pesquisas internas no intuito de conhecer a clientela atendida pelos profissionais “psi” na rede pública. Foram distribuídas responsabilidades de busca por dados nas UBS, Policlínica, INSS e Hospital. Apesar de o grupo não ter produzido um projeto de saúde mental para o município de acordo com a solicitação da Secretaria de Saúde na época, os encontros propostos contribuíram para o conhecimento da diversidade de práticas e perspectivas teóricas desenvolvidas isoladamente por cada profissional em seu local de trabalho, fato que dificultava a constituição de um equipe com o objetivo de promover a assistência em saúde mental e conseqüentemente a pactuação de diretrizes gerais para o município.

(...) cada técnico tinha uma referência, não havia nada que é, assim, como é que eu posso te falar, que integrasse, que condensasse, que focalizasse a saúde mental em certos princípios, em certos objetivos, em certas estratégias prioritárias, então, cada um puxava pra um lado de acordo com certo referencial, preferências particulares, valores, interesses, e esse troço foi um pega pra capar [risos]. Eu sei que esse negócio não resultou num projeto, não resultou nem mesmo num documento capaz de sintetizar o que tinha sido essa experiência que foi feita durante um ano [refere-se às oficinas com o grupo de Campinas], ou uma coisa nesse sentido (P1).

A administração prosseguiu o trabalho de reorganização da rede assistencial investindo em outros setores da saúde, sugerindo que a organização dos serviços em saúde mental não era demanda prioritária. Por essa razão, a administração suspendeu a autorização para que o grupo da saúde mental pudesse se reunir regularmente.

Teve um momento final nesse processo, depois da gente fazer várias reuniões e não chegar a nada [risos] teve um momento final que a secretária de saúde bateu o martelo e falou “ó, acaba com essas reunião aí de saúde mental! Vocês parem de reunir, porque vocês não estão produzindo, não nós.” (...) “Não deu certo, não funcionou, nós temos outras prioridades, temos outros interesses e tal”. Então, de um dia pro outro, nós deixamos de ter autorização pra nos reunirmos enquanto equipe de saúde mental (P1).

As reuniões, no entanto, havia se tornado a principal forma de encontro e de construção de uma equipe de saúde mental.

É consenso que as reuniões semanais estão sendo produtivas na medida que propostas estão dando frutos além de permitirem um maior entrosamento entre os profissionais, por isso este espaço não deve ser perdido (A4).

Até meados de 1993, a discussão em torno do tema da Saúde Mental se manteve estagnado. A gestão nomeou uma supervisora técnica específica para a área que contribuiu para o planejamento de intervenções num asilo da cidade, porém não se observou avanços significativos das ações da equipe em razão do movimento grevista de trabalhadores da saúde nos meses de abril e maio de 1993⁴⁰. Em junho deste mesmo ano, a Secretaria de Saúde convidou novamente os profissionais da saúde mental para a construção de um projeto. Segundo Costa (1993, p. 03), “esta nova tentativa vem marcada pelas discussões acerca da implantação de um novo modelo gerencial nos serviços de Saúde do município

⁴⁰ Sabe-se que nem todos os psicólogos aderiram ao movimento grevista.

(gestão colegiada)⁴¹”. Porém, como prossegue a autora, “a nova metodologia não nos fez ainda avançar muito, mas proporcionou novo anseio ao grupo de profissionais, no sentido de conseguir articular um projeto próprio à Saúde Mental” (COSTA, 1993, p. 03).

3.3.4 A saúde mental como campo de trabalho da equipe: a proposta de um centro de referência e de práticas na APS

No ano de 1994, as discussões se intensificaram em torno de dois temas: a construção de um Centro de Referência em Saúde Mental, e a transição para este através do acolhimento dos casos de saúde mental nas UBS.

No trabalho de Costa (1993, p. 03-4), a autora, além de interpretar a maneira de atuar dos psicólogos na APS de Ipatinga como reprodutora do modelo médico organicista, esta pontuou alguns entraves para a atenção específica aos casos da Saúde Mental através dos equipamentos disponíveis na época.

Também é uma realidade apontada pelo serviço, o número insuficiente de profissionais nas Unidades Básicas de Saúde para atender à demanda. Este fato é ainda agravado pela forma de agendamento inadequado destes profissionais, o que dificulta o acesso da população ao serviço. Outro ponto crítico para o trabalho é a falta de espaço para o atendimento de usuários em crise nos serviços públicos, fato comprovado através das estatísticas de intervenção psiquiátricos do Hospital Márcio Cunha (junho/92) e de consultas ambulatoriais da Policlínica Municipal nos meses de agosto/dez de 1992 e janeiro e fevereiro de 1993. A partir dessas estatísticas podemos concluir que a demanda de tratamento feita pelos psicólogos tem sido intensa e persistente nos dois serviços. Seria a mesma clientela usuária dos dois serviços? Não temos ainda como sabê-lo. Porém, o fato já é indicativo da necessidade de um serviço que atenda com maior eficácia estes usuários na rede pública, uma vez que, inexistente um serviço com estas características e, como aponta as estatísticas do Hospital Márcio Cunha, a psicose se apresenta com um grande índice de internação.

⁴¹ Modelo gerencial conhecido a partir do Relatório-Projeto de Transformação do Modelo Tecnológico do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, de Campinas-SP, datado de novembro de 1991.

Tendo o grupo constatado que a saúde mental deveria ser campo de ação dos profissionais “psi”, após recorrentes discussões sobre o tema desencadeadas pela interação com o que estava sendo discutido em saúde mental e saúde coletiva em eventos da área e intervenções sanitárias no município, era necessário criar maneiras de acessibilidade à pessoa em sofrimento mental, nos diversos estabelecimentos de sua circulação, especialmente nas UBS, onde estava lotada a maioria dos psicólogos. Não houve, nesse momento ainda, a intenção em delimitar uma clientela exclusiva dos psicólogos, mas que os casos de saúde mental pudessem estar mais presentes nos atendimentos dos psicólogos da APS.

Um dos primeiros questionamentos foi sobre a realização da triagem dos pacientes da saúde mental. A metodologia da “Porta-Aberta”⁴², motivada quando da presença do grupo de Campinas na rede, foi largamente discutida e de forma fragilizada pactuada pelo grupo da saúde mental. Três possibilidades de funcionamento da “Porta-Aberta” foram discutidas pela equipe: acolhimento da clientela em saúde mental apenas pela psicologia, acolhimento a ser realizado apenas pela equipe de saúde da APS, ou em conjunto “psicologia-equipe de saúde”.

Num comentário escrito sobre a maneira como os casos eram avaliados na APS, o psicólogo indica que a triagem para a psicologia começou a ser realizada pelo próprio profissional, de forma individual. Os funcionários responsáveis pela recepção dos usuários e marcação das consultas passaram a encaminhar diretamente ao psicólogo aqueles que procuravam este serviço.

A marcação das consultas era feita, até pouco tempo atrás, numa reunião. Todo [usuário] que quisesse marcar vinha no mesmo horário, no mesmo dia. Pedia-se para não citarem nomes quando comentassem lá fora as histórias das outras pessoas presentes. Tudo em grupo. Em geral, os relatos não passavam de enumeração de sintomas. Duas ou três vezes o aparato da reunião proporcionou o desencadeamento de eventos dissociativos histéricos. Atualmente os marcadores falam em separado, e quem procura o serviço é solicitado a falar diretamente com o psicólogo. Um paciente com dificuldade de

⁴² A metodologia da “Porta-Aberta” foi proposta no intuito de melhorar o acesso e disseminar a lógica do acolhimento humanizado nas Unidades de Saúde. “Acesso e acolhimento deixam de ser problemas de recepção e tornam-se objeto da prática de toda a equipe de saúde (...) A função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber, em nossas relações” (MERHY, 2006, p. 138).

locomoção é atendido, provisoriamente, em casa (BORGES, entre 2001-2002, p.03).

A experiência do acolhimento da clientela da saúde mental através da “Porta-Aberta” começou a ser desenvolvida pelos psicólogos, separadamente da equipe de saúde de referência. Alguns membros da equipe apontaram para o “trabalho esfacelado” que estava acontecendo entre psicólogos e equipes de saúde, e que a prática de acolhimento em saúde mental específico da psicologia na APS fortaleceria esta fragmentação e possibilitaria a desresponsabilização dos técnicos das UBS do cuidado desta clientela. Além disso, os usuários da saúde mental teriam que ser “triados” por duas instâncias, diferentemente do restante dos usuários. Observa-se também que a equipe considerava que os outros técnicos de saúde da APS não eram qualificados para esta avaliação, além de estes não demonstrarem interesse no tratamento desta clientela. Para realizar a avaliação dos casos de saúde mental os técnicos da APS deveriam ser capacitados. Mesmo com estes questionamentos, a equipe iniciou a triagem em porta-aberta. “Quem cala, consente. O grupo fará essa experiência” (A6). A triagem em porta-aberta, num acolhimento direto dos usuários pelos psicólogos, foi indicada pelo Programa de Saúde Mental, anos mais tarde, como a principal via de entrada da pessoa em sofrimento mental na rede assistencial.

A equipe manteve o tema nas reuniões seguintes, marcando a possibilidade de um trabalho em saúde mental na APS. Com a prática, o público-alvo da equipe de saúde mental começou a ser mais bem definido.

Fábio explica o critério de “escolha” de pacientes para o serviço de saúde mental. “Os excluídos”, os que necessitam de liberdade e autonomia. Não “escolhe pelo diagnóstico”. Prioriza as pessoas que não percorrem o circuito social por causa da doença mental. Abrir um canal para receber estes pacientes. “O que atrai no serviço é a diversidade, a exclusão social, não a gravidade da patologia. Não se vicia num tipo de paciente” (Rita). Walter [psiquiatra] diz que uma boa quantidade de pacientes que ele atende seriam “dispensados” (A7).

Juntamente com experimentações no cotidiano de acolher pessoas em sofrimento mental na APS, grupos de medicação para triagem também foram

sugeridos e iniciados por um dos psiquiatras da Policlínica. O grupo de medicação contou com a participação de um psicólogo da rede primária. Na avaliação destes profissionais:

Acham que não deu o resultado esperado, mas achou pontos interessantes que os pacientes colocaram a vantagem de também ser atendido pelos clínicos; só que a dificuldade é o relacionamento clínico x paciente Saúde Mental (A12).

Percebe-se nestas iniciativas a dificuldade de se criar um programa de saúde mental efetivamente integrado com a rede primária principalmente pela recusa dos técnicos da APS de atendimento da clientela da saúde mental, em especial os médicos clínicos que mantinham a conduta de encaminhamento para a psiquiatria. Tal fato contribuiu para que parte da equipe de saúde mental fortalecesse a proposta de criação de um Centro de Referência em Saúde Mental no município.

3.3.5 O projeto do Centro de Referência em Saúde Mental e a definição de uma política municipal própria

(...) havia um grupo de pessoas que tentaram mostrar, montar um primeiro projeto dum centro de referência, mas muito esboçado ainda, muito, muito esboço, sem nada muito técnico, não sei inclusive se redundou num projeto. Sei que houve uma tentativa de projeto - 99 que eu tô falando - não resultou em algo mais concreto, mas houve uma pesquisa, houve um movimento no sentido de se pensar o fluxo do atendimento ao portador (...) de organização teórica, metodológica, sobre essas questões. Mas que eu me lembre o primeiro projeto no sentido de um centro de referência já é um pouquinho depois, quando a gente retoma as reuniões enquanto equipe né, retomamos essas reuniões enquanto equipe (P1).

O texto encontrado deste projeto data de 1993, porém possui dados de pesquisa referentes aos anos de 1996 a 1998⁴³. Estes dados ilustram o perfil de atenção hospitalocêntrica em saúde mental dispensado pela rede municipal na época. O objetivo do projeto era criar “formas substitutivas” à internação psiquiátrica, priorizando “o atendimento aos transtornos psicóticos e neuróticos graves, já excluídos ou em via de exclusão” (D1, p. 06). A proposta de atendimento no Centro de Referência contemplava o atendimento dos pacientes adultos⁴⁴ encaminhados pelas UBS e foi pensado como retaguarda para os casos atendidos no Pronto Socorro Municipal e outros hospitais. Destaca-se ainda no projeto a necessidade de demarcação do campo da saúde mental enquanto um campo específico do saber, e da busca pela autonomia e co-participação dos usuários dos serviços de saúde mental, vistos enquanto “sujeitos capacitados para decidirem sobre o seu sofrimento e desejo, inscrevendo-os assim, como co-autores na construção deste serviço” (D1, p. 05). A prática já desenvolvida pelos psicólogos nas UBS de acolhimento e acompanhamento de casos de saúde mental não foi considerada como prática substitutiva à psiquiatria e à hospitalização. Não obstante, observa-se a partir deste projeto a iniciativa de constituição de uma rede de serviços por parte dos trabalhadores da saúde mental, conferindo a cada nível de atenção em saúde atividades diferenciadas e a exigência de um trabalho integrado. O atendimento que estava sendo realizado em caráter experimental pelos trabalhadores na APS seria transferido ao Centro de Referência. No Centro, esta prática tomaria o caráter substitutivo, mas como retaguarda alternativa para os hospitais que teriam a responsabilidade da atenção psiquiátrica no período de crise.

As Unidades Básicas de Saúde não atendem à clientela de risco, devido sua própria estrutura. O atendimento atual se baseia na atuação em programas de saúde (de hipertensão, da mulher...) e a

⁴³ Na apresentação do projeto temos: “A elaboração, ora apresentada, data do ano de 1993. No entanto sua proposta ainda permanece atual” (D1, p.01), indicando que o texto foi formulado em 1993, e resgatado para exposição anos mais tarde.

⁴⁴ Um projeto para atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes também foi proposto nesta época, sendo elaborado paralelamente. As discussões avançaram inclusive no sentido de criação de um outro centro de referência específico, porém a equipe optou pelo investimento em apenas um projeto em razão dos recursos disponibilizados pela gestão: “Discutiu-se exaustivamente nesta reunião as dificuldades de se colocar as duas referências – criança e adulto no mesmo espaço físico, dar a necessidade de se priorizar a implantação inicial de um serviço. Opção pelo Centro de Referência de adulto” (A10).

clientela neurotizada 'leve'. Como a estrutura ambulatorial não é eficiente para os casos graves, aparece o hospital como o único recurso. O hospital vem antes do ambulatório, a contenção antes da palavra (D1, p.04).

Às Unidades Básicas de Saúde cumprem a identificação de casos e encaminhamentos ao serviço. Os casos considerados leves deverão ser acompanhados pela própria unidade. Ao hospital geral cabe viabilizar as internações em período de crise e posterior encaminhamento para triagem no centro de referência. Ao Centro de Referência cabe realizar a triagem e oferecer cuidados intensivos ao paciente (D1, p. 07).

Mesmo enfatizando a seletividade da clientela a ser atendida pelo Centro de Referência, a equipe demonstrou preocupação com aqueles pacientes que não se enquadrariam neste grupo, e se questionaram se os médicos clínicos atenderiam a esta demanda dos casos "leves". Além disso, indicaram que a estrutura ambulatorial das UBS era inadequada para a atenção aos casos graves em saúde mental.

A morosidade na resposta da administração com relação à implementação deste Centro preocupou alguns psicólogos das UBS.

Discutiu-se as dificuldades, que estão sendo criadas em função da demora da instalação do Centro de Referência de Saúde Mental. Os pacientes graves estão sendo atendidos, e continuam sendo agendados, sem que se tenha condições de atendimento deles nas Unidades de Saúde (A9).

Ingrid relata um caso o qual está tendo dificuldade de conduzir. Uma mulher que ameaçou se suicidar na Unidade de Saúde da Vila Celeste e as repercussões que o fato teve na Unidade e na comunidade (A11).

Devido a esta morosidade, os psicólogos decidiram interromper as reuniões da equipe até que a administração se manifestasse com relação à construção do Centro de Referência, em outubro de 1994. As reuniões foram retomadas em agosto de 1995, com outro tema importante em pauta: a criação de um Consórcio Regional de Saúde, e inclusão da saúde mental neste projeto. O objetivo do consórcio seria a criação de uma "forma intermunicipal de discussões de

problemas comuns, e o encontro de soluções comuns” entre os municípios participantes⁴⁵. A equipe de saúde mental de cada cidade apresentou um projeto específico. Houve a discussão com relação a um projeto único da região para a saúde mental, porém a equipe de Ipatinga se mostrou arredia em razão dos demais projetos não estarem “no mesmo nível de conhecimento em Saúde Mental que Ipatinga” (A13). Os encontros em razão da formação do Consórcio Intermunicipal de Saúde proporcionaram à equipe um retorno à discussão da construção do próprio projeto de saúde mental. Em consultoria com a Secretaria de Saúde do Estado, uma das psicólogas da rede trouxe a seguinte sugestão: “a instalação do ambulatório e oficinas terapêuticas, o que responderia à crise do paciente e em termos de financiamento é o que melhor remunera” (A14). Esta pontuou ainda que a equipe, com o tempo, poderia sentir necessidade de um “serviço inicial”, nos moldes de um CAPS II.

O Centro de Referência em Saúde Mental não saiu do papel até o início dos anos 2000 quando foi implantado no município um CAPS. Até o fim da década de 1990 permaneceu, portanto, o trabalho ambulatorial da psiquiatria na Policlínica e dos psicólogos nas UBS. Alguns destes psicólogos ofereceram o acolhimento aberto à população e avançaram nas tentativas de acompanhamento de casos graves em saúde mental na APS, como veremos no exemplo a seguir.

3.3.6 “Ensaizando” a saúde mental na APS

No final da década de 1990, um dos psicólogos da equipe iniciou uma experiência de atendimento às pessoas em sofrimento mental, inclusive quadros críticos e urgências, no espaço de uma UBS. As motivações deste profissional se construíram em torno de idéias sobre o cuidado descentralizado em saúde mental, proposto pelas diretrizes do movimento da desinstitucionalização psiquiátrica e também do movimento sanitário. No caso da Política de Saúde Mental, o cuidado em saúde mental no país estava se consolidando através da criação de CAPS e

⁴⁵ Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo – MG.

NAPS regionalizados. Porém, o principal questionamento que este profissional trouxe para a rede local foi o seguinte:

(...) por que nós temos que fazer um novo dispositivo para o atendimento ao portador [de sofrimento mental] quando nós poderíamos adequar os dispositivos já existentes, que seriam as unidades de saúde? Por que que a gente teria que construir novos dispositivos que para o portador de sofrimento mental trariam e trazem um condicionante associado grave que é o fato de que já existe o preconceito em relação à doença mental, e os CAPS tendiam, tendem e tenderão a ser sempre olhados, vistos, pensados, percebidos como o lugar dos doidinhos, o lugar dos doidos, como eram os manicômios. Será que não daria pra o portador de sofrimento mental ser atendido aonde é atendido o diabético, aonde é atendido a gestante, aonde é atendido o cidadão com problemas respiratórios, etc? Não daria pra dar essa forcinha na desestigmatização? Né, pela via de um atendimento disseminado né, em vez de um atendimento... Bom, nem preciso de dizer que isso aí eu guardei porque eu sabia que o pau ia quebrar com esse negócio, não se falava nisso (P1).

Além da crítica à construção de novos dispositivos em saúde mental, em sua interpretação, de impacto sociocultural estigmatizante e de cunho segregador, este psicólogo propôs o questionamento sobre o lugar da clínica nas discussões do processo da Reforma Psiquiátrica local.

(...) eu pelo menos acreditava que a saúde mental ela, ela não dava a devida importância ao fator clínica. Ela dava mais importância ao fator de reinserção, reintegração social, combate ao preconceito que propriamente a uma avaliação clínica do portador grave de sofrimento mental. (...) Aí ficou uma coisa meio assim, eu tentava articular isso teoricamente, mas eu me lembro que na época, um nome a ser citado importante também – Jairo Guerra – fundador da Loucos por Você (...) Jairo Guerra promoveu num determinado momento um encontro aqui, meados de 99, 98, 99 creio, não tenho certeza, em que pela primeira vez esteve aqui a Miriam Abou-id e pessoas ligadas à Reforma Mineira, já militantes do Movimento Antimanicomial, que tava um burburinho ainda naquela época, onde foi feito um seminário, seminário muito interessante, e eu tô me lembrando disso porque lá eu me levantei e questionei Miriam a respeito disso, eu disse: “pôxa, mas vocês tão puxando muito pra esse lado, vamo tentar pensar também um pouco de teoria, de clínica da psicose, avaliar como que pode ser feita a reinserção desse portador, do ponto de vista também da capacitação técnica pra gente poder recebê-los”. Mas naquela época não, naquela época era, a idéia era simplesmente “Ah, vamo

receber, vamo quebrar tudo, e tal, ele [paciente] entra aí e depois a gente vê como é que faz”. E aí foi assim até meados de 99. E aí que, que a questão mudou (P1).

A experiência deste psicólogo de reorientação do trabalho em seu território de referência no sentido da saúde mental denominada pelo profissional como “ensaio”, teve como primeira medida o estabelecimento de parcerias com colegas de trabalho da APS que tivessem afinidade ou que apenas concordassem em realizar os atendimentos em saúde mental. Inicialmente, as principais parcerias foram a assistente social e uma médica clínica da UBS.

Quê que nós fizemos: tinha uma pessoa que trabalhava comigo na época, na Unidade de Saúde do Canaã, chamada Rosiane, Rosiane Ferreira [assistente social], e havia uma médica chamada Leila Moraes, clínica geral. Leila tem uma formação em medicina alternativa, homeopatia, onde eu já vi aí uma possibilidade porque é algo alternativo, então não vai ter tanta restrição, digamos assim, convencional, né, ao atendimento do louco. E aí nós começamos a testar o atendimento de pacientes, de portadores de sofrimento mental grave, na Unidade Básica de Saúde do Canaã, como que seria isso. A gente sabia que eles chegavam, mas eles chegavam pra pegar senha pra ir pra Policlínica. Nós desviamos essa senha pro atendimento na Unidade Básica, entrevistas. A primeira medida foi estabelecer que eles seriam prioridade. Isso tudo na moita (...) precisava ser posto em prática pra saber no quê ia dar (P1).

O psicólogo começou a realizar, no momento de recepção dos casos - via encaminhamento ou demanda espontânea - uma espécie de triagem dos casos, construindo, em parceria com a assistente social e a médica, um fluxo de atendimento que priorizasse os quadros graves de pessoas em sofrimento mental.

Rosiane topou a parada, conversei com Leila, ela falou “não sei nada disso, não tenho condição e tudo”, eu falei “ Não, vamo... vamo tentar, vamo, vamo fundo. Eu ligo pra Aneliza e pro Walter [psiquiatras], você pega um livro, você dá uma lida, eu te trago um material, vamos ver o quê que tem ali nessa parte de fármacos, vamos tentar.” E assim foi feito. Isso então começou, não me lembro quando exatamente, por volta de 99, meados de 99, e a idéia que eu tinha era de ir produzindo relatórios, registros dessa experiência, pra levar pro pessoal e discutir

com eles e falar “dá, num dá”, “é possível ou não”, varia as realidades então varia também o modo... na época não tinha acolhimento também, varia o modo de entrevista, de receber, de recepção ou não (P1).

A triagem começava ainda na fila de espera, numa escuta rápida dos usuários que demandavam o serviço. Com o tempo, os próprios usuários foram incorporando a lógica da prioridade, e não da ordem de chegada, inicialmente mal compreendida pela gerência.

O povo, a clientela tradicional, os menino que rói unha, que faz xixi na cama né, é as donas, algumas sim, com algumas neuroses graves – a gente já começava a atender as neuroses, algumas neuroses graves, algumas delas confundidas com psicótica, a maioria delas – o primeiro resultado é que eles ficavam, eles ficaram assim revoltados porque a gente abria, tinham lá quinze, vinte pessoas lá esperando. Como que a gente ia saber o que era prioridade ou não? Elas vinham com o papelzinho de encaminhamento, ou vinham no boca-a-boca: “Ah, ali tem um psicólogo doido [risos] que tá atendendo junto com a assistente social maluca, e uma médica pirada. Eles estão recebendo esse tipo de caso”. Lá no boca-a-boca. Como que a gente ia fazer? A gente fazia uma pequena avaliação né, na época a gente chamava de triagem, na porta de espera. Pegava relatório por relatório, escutava um pouquinho, coisa rápida e aí dizia: “Fulano, entra primeiro”, o mais grave. Antes era por ordem de chegada. Então a fulana chegava sete e vinte, sete e trinta, e eu ia atender um que chegava às oito, ou oito e quinze, ou nove horas, na frente dela. Houve problemas, nem lembro quem era gerente na época, houve problemas. Nós tivemos que conversar muito. Sabe o quê que aconteceu depois? Com dois anos, três anos de prática nisso, os usuários que estavam na fila de espera ajudavam a separar as prioridades. Num fazia rindo não, mas reconhecia. Eles diziam “Não, tá bom, deixa ele ir, tá precisando mais do que eu” [risos] (P1).

A tentativa de atendimento de pessoas em sofrimento mental na APS teve resultados que fortaleceram ainda mais esta proposta. Na agenda do psicólogo, onde constavam atendimentos a casos de neuroses leves e de público-alvo dos programas de saúde da APS (hipertensos, diabéticos, mulheres, etc), passou a constar atendimentos a psicóticos, clientela potencial para um serviço como os CAPS. O psicólogo protagonista desta experiência descreve essa mudança em um de seus relatórios como uma “subversão da agenda”. Este técnico socializou os

relatórios produzidos nas reuniões gerais da equipe de saúde mental quando percebeu que mesmo sem a melhora significativa do quadro dos pacientes psiquiátricos em tratamento na APS, estes usuários e seus familiares retornavam e indicavam este serviço, preferindo-o à atenção psiquiátrica da Policlínica.

(...) eu só comecei a soltar esses relatórios quando eu comecei a perceber que esses portadores de sofrimento mental grave atendidos na extrema precariedade numa Unidade Básica de Saúde, voltavam ao atendimento da Unidade Básica de Saúde por conta própria. Não é nem te dizer ainda que eles melhoravam, não, não é nem essa questão, que eles ficavam mais estáveis ou menos estáveis. O que me surpreendeu é que eles iam pelas próprias pernas. Pirando, delirando, alucinando. E quando não iam pelas próprias pernas, eu acho até que por uma questão de parcimônia, de facilidade de acesso, os familiares perceberam que ali não era um local adequado pra eles, mas ali eles tinham prioridade, aonde na Policlínica que tinha um psiquiatra era 30, 60, 90, 120 dias pra ter uma segunda consulta (P1).

O retorno dos usuários tornou-se objeto de reflexão dos técnicos envolvidos neste “ensaio”. Um dos psicólogos da equipe tenta compreender tal evento a partir do conceito psicanalítico da transferência.

Os pacientes vinham para falar e continuavam comparecendo às entrevistas subsequentes. Hoje faz-se a pergunta: por que retornavam? Não eram fornecidos vale-transporte, cesta básica, relatório para INSS e nem mesmo medicação. Seria possível apontar, como razão para o fato de aquelas entrevistas com psicóticos começarem a inverter a agenda, mesmo sem uma política de saúde mental definida nesse sentido, haver algo naquelas consultas que se tenha vislumbrado como uma oferta, que foi aceita? (...) Ao fim, a oferta em questão não era mais do que uma aposta na transferência (BORGES, 2004, p. 63).

O Serviço de Psicologia da UBS, caracterizado pela lógica ambulatorial, reivindicando pra si os casos endereçados tradicionalmente à psiquiatria, conferiu uma nova referência em saúde mental para a população. “A unidade básica

terminou por assumir a função de um discreto e informal ambulatório de Saúde Mental” (BORGES, 2004, p. 63).

O estabelecimento de vínculo do usuário e de seus familiares ao serviço de saúde mental da UBS, presente em seu território, aumentou o número de encontros deste usuário com os técnicos de saúde da APS, ampliando o conhecimento de dados importantes da história de vida e contexto sóciofamiliar dos usuários, precariamente abordados nas consultas espaçadas do modelo ambulatorial de atendimento psiquiátrico.

(...) foi essa junção de fatores, essa percepção de que sim, eles [os usuários] acediam a oferta, em primeiro lugar, eles retornavam, e era possível se fazer, se começar a fazer um estudo de caso que desse uma visão mínima daquela história perdida daquele cidadão, que fizesse no mínimo um dossiê, um prontuário específico daquele cidadão que alguém, uma pequena equipe, de três, quatro pessoas, pudessem pensar assim “ah, a história dele é assim, começou aqui, foi internado aqui, fugiu aqui, saiu aqui, então ele, o percurso dele é mais ou menos este”. E aí, a partir daí poderia haver uma formulação de uma hipótese diagnóstica, um tratamento diferenciado, mas foi assim, desse jeitinho que eu tô te falando (P1).

O “ensaio” foi posto “na roda” da equipe, porém os psicólogos mantiveram seus trabalhos isoladamente, uns menos e outros mais direcionados ao atendimento de pacientes psiquiátricos como clientela prioritária.

3.3.7 A trajetória paralela de alguns membros da equipe: a mobilização da sociedade civil para a Reforma Psiquiátrica local

A participação de atores da sociedade civil na construção da demanda de assistência pública em saúde mental no município de Ipatinga é fortalecida no início dos anos 2000. Familiares de pessoas em sofrimento mental, movimentos populares e alguns trabalhadores da rede começaram um investimento importante na idéia de constituição de uma associação não-governamental. A reivindicação pela construção de um centro de referência em saúde mental substitutivo à internação psiquiátrica foi tema debatido em várias conferências de saúde do município desde a década de 1990, e um dos objetivos da ONG fundada em 1999.

O processo de mobilização social pela participação na gestão no âmbito do SUS foi desencadeado pelo não-cumprimento de diretrizes reiteradamente aprovadas para o sub-setor Saúde Mental desde 1992 nas instâncias formais de controle social do Município de Ipatinga, Minas Gerais. Em 1999, inicia a organização de um movimento social, de ideário antimanicomial, que visa pressionar o poder público para o cumprimento da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial, promovendo reuniões, encontros, seminários e manifestações públicas (GUERRA & GODOY, 2007, p.57).

Em junho de 1999, toma posse o novo secretário, que também pontuava no seu discurso a necessidade de redução de gastos. Época em que ocorre arrocho salarial e cortes nos direitos dos trabalhadores do setor público de saúde. Esta gestão consegue a aprovação do recurso, proveniente da prefeitura e da União, para criação do Centro de Saúde Mental, diretriz que foi aprovada como prioridade na III, V, VI,VII,VIII e IX Conferências (BATISTA, 2005, p. 90).

Porém, percebe-se que a sistematização do Programa Municipal de Saúde Mental e a constituição da ONG foram processos paralelos e independentes.

(...) na época a gente [equipe de saúde mental] não dava muita ênfase pra questão da ONG porque nós estávamos com um problema muito grande nas mãos. A minha percepção é essa, a gente tinha muita coisa pra resolver, do ponto de vista da saúde pública, e não entendíamos ainda de que maneira aquela ONG podia resolver a esses problemas imediatos que batiam na nossa porta. Mas aí já se começou a ter então esse outro movimento, paralelo, que era de se constituir o que mais tarde veio a ser a Loucos por Você” (P1).

A Associação “Loucos por Você”, de participação ativa em congressos e fóruns ligados ao movimento antimanicomial, tem como fundadores Cirlene Godoy, mãe e esposa de portadores de sofrimento mental, e Jairo Guerra, ex-psicólogo da equipe de saúde mental de Ipatinga. Cirlene acompanhou a vida de “internação em internação” de seus parentes, questionando-se sobre a necessidade de distanciamento dos familiares, uma vez que os hospitais psiquiátricos se localizavam

em outras cidades⁴⁶. No caminho por outras alternativas de tratamento em sua cidade, Cirlene, no final da década de 1990, inicia a construção de uma rede de contatos que veio a se constituir como o movimento antimanicomial da sociedade civil local.

Decepcionada com a assistência oferecida pelos hospitais psiquiátricos e impulsionada por uma forte crise de meu filho, fiz minha primeira ação política: procurei o secretário municipal de saúde. Em mãos, para argumentar, eu tinha um panfleto recentemente encontrado nas ruas de Belo Horizonte que falava da luta antimanicomial; na minha frente, o secretário municipal de saúde, que, após ler o panfleto e me ouvir, respondeu-me secamente que não poderia implantar esse tipo de serviço, pois era “muito caro” para o município. (...) Fui orientada a procurar um profissional de saúde mental na unidade de saúde mais próxima de minha casa. Procurei então um psicólogo que me atendeu mesmo sem consulta agendada. Esclareceu-me que o ambulatório não tinha condições de atender adequadamente meu filho em crise e que ele precisava de um serviço tipo CAPS. Em seguida deu-me seu telefone de casa para buscarmos outras saídas. Pensei comigo: nunca um profissional fez isso por mim. Com esse simples gesto, reacendeu-me as esperanças de que poderia haver saídas (GODOY *et al*, 2003, p. 61).

A partir do contato com o psicólogo da UBS e de conversas informais, reuniões começaram a ser marcadas, encontros realizados, em torno da discussão da situação da saúde mental na região. Com o tempo, juntaram-se a eles outros familiares e técnicos, além de usuários, descontentes com o modelo municipal de assistência vigente. Movimentos sociais, grupos populares, sindicatos e empresariado local aderiram à proposta de discussão sobre o tema. Cirlene lembra ainda que a discussão sobre a assistência em saúde mental era praticamente desconhecida na região. À medida que o movimento crescia e a ONG se formava, além da reivindicação de um centro de referência, nos moldes substitutivos à internação, seus membros perceberam a dimensão da intervenção cultural que este movimento alcançava. “Era a luta da inclusão social, que se dava no cotidiano, contra os preconceitos presentes em atos e palavras de amigos, vizinhos, professores, alunos, pastores, políticos e lideranças comunitárias” (GODOY *et al*, 2003, p. 62). Percepções com relação à família e à comunidade na atenção em

⁴⁶ A capital mineira se localiza a 230 quilômetros de Ipatinga. Barbacena - MG está localizada a mais de 400 quilômetros da mesma.

saúde mental também se modificaram, sendo estes considerados lugares de acolhida e de possibilidade de construção de novas amizades (GODOY *et al*, 2003).

3.3.8 Uma psicóloga na gestão: retomando a equipe de saúde mental e seus projetos

No início dos anos 2000, a nomeação de uma psicóloga para o cargo de diretora do Departamento de Atenção à Saúde (DEASA) se deu como o fator político fundamental para o reinício das reuniões de equipe com o objetivo de construção de um planejamento dos serviços de saúde mental para o município. A nova diretora do DEASA convidou a equipe a se reunir novamente a partir de 2001. Foi proposta uma consultoria para o grupo, que contou com a colaboração de Max Moreira, psicólogo que no início da década de 1990 dialogou com a equipe de Ipatinga no seminário da região leste, em 1992; e Renato Franco, psiquiatra que desenvolve programas de treinamentos em saúde mental para equipes de PSF de Belo Horizonte e região. Este acompanhamento foi realizado no período de agosto de 2001 a dezembro de 2002, com atualização da proposta em janeiro de 2003. No projeto de atualização da consultoria foi destacada a particularidade da rede de saúde de Ipatinga que reuniu

(...) numa só oportunidade a criação do Centro de Referência de Saúde Mental e a planificação da integração das ações da Saúde Mental ao Programa de Saúde da Família, que envolve a construção coletiva de possibilidades de gestão de cuidados em saúde mental, atenuando efeitos de adesão da clientela ao dispositivo de urgência” (MOREIRA & FRANCO, 2003, p. 01).

Dentre outros temas propostos para as oficinas com os trabalhadores estavam o planejamento e processo de trabalho a ser realizado dentro de um CAPS e a integração da Saúde Mental ao Programa de Saúde da Família. Relacionados a esta última, foram destacadas na discussão a composição das equipes e a proporcionalidade entre equipe de saúde mental e equipe de saúde da família. Foi prevista também a discussão sobre o conceito de acolhimento, referência e contra-

referência com a rede primária e demais setores da rede de saúde (MOREIRA & FRANCO, 2003, p. 01).

Com o reinício das reuniões da equipe de saúde mental, observa-se o consenso com relação à criação de um CAPS, porém que o acolhimento em saúde mental fosse prática de todos os psicólogos nas UBS.

Se havia algo em comum entre nós, participantes, era a idéia de que um Caps (Centro de Atenção Psicossocial) teria de ser criado antes de qualquer alternativa de trabalho em saúde mental pudesse acontecer (...) Ao convirmos sobre o que fazer, portanto, restou incorporar à nossa prática enquanto equipe essa noção de que, mesmo sem um serviço substitutivo à internação psiquiátrica, certa política da singularidade poderia ser praticada já desde o início, na medida da formação e da disponibilidade de cada um, nos atendimentos de unidade básica de saúde, e que o acolhimento de sujeitos psicóticos deveria começar de uma vez (BORGES, 2004, p. 63-4).

O período inicial de experimentação e de construção da equipe de saúde mental narrado acima esteve em certa contra-mão com a tendência geral de organização dos serviços de saúde mental no país, que enfocou, no campo legal e nas práticas, a estruturação dos CAPS. O que em Ipatinga foi denominado de “ensaio” implicou numa reconstrução importante da atuação em saúde mental de modo a romper com a perspectiva puramente ambulatorial e especializada, destacando a APS como nível de cuidado em saúde mental.

O início dos anos 2000 é o momento em que a equipe de saúde mental formaliza um objetivo em comum: a criação de um CAPS como dispositivo substitutivo à internação psiquiátrica, mas não como o dispositivo central. A existência do CAPS contribuiu para a legitimação do trabalho em saúde mental desenvolvido pelos psicólogos na APS que, com a formalização de um Programa Municipal de Saúde Mental, inicialmente é considerado como o dispositivo central da rede. Com o avançar do processo de desinstitucionalização psiquiátrica brasileira e as recomendações que os serviços substitutivos se configurem como uma rede complexa e diversificada de serviços, a APS, no caso de Ipatinga, tem sido considerada mais recentemente, como um lugar principal na rede, passando também por um processo de descentralização.

No capítulo seguinte descreverei este processo local mais recente. De maneira a aprofundar a discussão sobre a integração da saúde mental com a APS, descreverei também o caso particular da USF Esperança II, os pontos de encontros e de fragmentação nesta integração.

CAPÍTULO 04 - O PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL: A CONSTRUÇÃO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A CENTRALIZAÇÃO DA REDE NA APS

Os serviços em saúde mental oferecidos à comunidade tomaram corpo de programa em 21 de outubro de 2001. Após constatação pelos técnicos da grande procura por atendimento especializado, feita através de uma avaliação quantitativa e qualitativa das demandas por tratamento psiquiátrico que chegavam aos serviços da rede pública de saúde, decidiu-se, junto à gestão, pela formalização de um Programa Municipal de Saúde Mental para a cidade de Ipatinga.

4.1 A demanda para a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial

A construção da demanda para a implantação de um CAPS foi realizada através da busca de dados em arquivos do Hospital Márcio Cunha⁴⁷, dos formulários de TFD (Tratamento Fora do Domicílio), de Prontuários Médicos da Policlínica, entre outros.

A conclusão do trabalho demonstrou a necessidade de priorizar e melhorar a assistência aos psicóticos e neuróticos graves. O percentual de encaminhamentos para internação em Belo Horizonte era altíssimo, reproduzindo a já conhecida prática manicomial. Os gastos do município eram consideráveis e este não recebia verba específica por não oferecer serviços substitutivos à internação. Mostrou-se a urgência de praticar uma assistência integrada a uma rede social, contar com um CAPS II (Centro de Assistência Psicossocial) na Rede Pública e com o apoio do Pronto Socorro Municipal para atendimento às “urgências ou crises subjetivas” (aquelas em que, devido a sofrimento mental intenso, um sujeito põe em risco a si mesmo ou a terceiros) (D5).

⁴⁷ Hospital filantrópico, pertencente à fundação da principal empresa da região, a USIMINAS. Até meados da década de 2000, não havia hospital municipal, apenas uma unidade de pronto-atendimento, o Pronto Socorro Municipal. O Hospital Municipal de Ipatinga foi inaugurado recentemente, em 2008, em estabelecimento anexo ao Pronto Socorro Municipal.

Os dois psiquiatras que trabalhavam na Policlínica participaram desta pesquisa e constataram o alto índice de atendimentos e encaminhamentos relacionados à psiquiatria ambulatorial. Tornou-se insustentável a manutenção deste recurso visto a sobrecarga de trabalho dos médicos.

(...) se eu me lembro bem, aproximadamente 1850 prontuários no dispensário da policlínica, no arquivo daquele tempo. 1850 prontuários, de usuários, de pessoas, cidadãos que chegavam ali procurando psiquiatria, ou seja, logo os dois caíram fora. Ajudaram a fazer a pesquisa (...) quando eles viram a dimensão do que eles suportavam, quando caiu a ficha de que tava tudo no ombro deles, e que naquela época eles continuariam sendo os únicos psiquiatras do serviço por um período, aquilo se tornou uma situação insustentável, então eles ajudaram a fazer essa pesquisa, essa triagem, e aí aconteceu um segundo fator precipitante dessa situação toda que foi a saída dos únicos psiquiatras do serviço.

E: Da rede municipal inteira?

A: Da rede municipal inteira. Ipatinga ficou, então, sem referência de atendimento psiquiátrico para portador de sofrimento mental (P1).

Com a ausência da psiquiatria na rede pública municipal e a discussão sobre as primeiras experiências de atendimento a pessoas em sofrimento mental nas UBS, a equipe de saúde mental inicia um momento chave em sua trajetória, fortalecendo os encontros da equipe com o objetivo de se pensar alternativas de assistência em saúde mental que prescindissem da assistência psiquiátrica. “Se nós já pensávamos que o caminho seria a descentralização, a partir disso ficou evidente, ficou evidente né.”(P1).

4.2 Saída da psiquiatria da rede de saúde: em destaque o acolhimento em saúde mental na APS pela psicologia

Eu tenho a impressão que foi nesse momento que em que nós ficamos sem o profissional psiquiatra, e aí nós começamos a pensar em alternativas, e aí as alternativas passavam necessariamente por solidariedade entre nós. Porque se a pessoa fosse ao seu posto de saúde e não encontrasse nada lá, e não encontrasse nada na policlínica, e não encontrasse mínimas condições ela ia nos outros, e nos outros, ela ia rodando. Então necessariamente todos nós começávamos a conhecer as práticas uns dos outros, e todos nós

fomos vendo que aquela saída idílica de se ter rapidamente um CAPS, rapidamente um psiquiatra, e deixar um CAPS, e deixar um psiquiatra era infactível pela rotatividade do trabalho do médico, pela maneira como ele atendia, pelos pressupostos que já não batiam mais com o que a gente conhecia de saúde mental né, os pressupostos de atendimento psiquiátrico isolado (P1).

A solidariedade entre os técnicos da equipe de saúde mental e a conseqüente exploração dos recursos existentes na rede de saúde, em especial os da APS, onde estava lotada a maioria dos psicólogos, se caracteriza como primeiro momento da constituição de um Programa de Saúde Mental. A experiência do “ensaio” serviu como base motivadora à invenção de outros arranjos cotidianos na assistência em saúde mental e à busca de parcerias com profissionais de outras áreas na assistência à pessoa em sofrimento mental.

Um segundo momento marco da constituição do Programa de Saúde Mental se deu com a indicação feita pela diretora do DEASA de entrada de um médico clínico para o atendimento na Policlínica de pessoas em sofrimento mental. Foi nessa época que a equipe estabeleceu internamente a necessidade de uma coordenação geral, função atribuída ao psicólogo, que na década de 1990 já havia representado a equipe em encontros sobre o tema e que protagonizou o “ensaio”. Essa referência permanece ainda hoje, mesmo sem nunca ter havido formalmente o cargo de coordenador em saúde mental na Secretaria de Saúde de Ipatinga⁴⁸. A primeira atuação da coordenação foi a formalização da referência de clínica médica na Policlínica para os psicólogos das UBS, como uma tentativa de cobrir a falta de um psiquiatra.

Destacando o recurso do profissional psicólogo presente nas UBS do município, a equipe estabeleceu que a demanda por consulta psiquiátrica e psicológica deveria passar primeiramente pelo acolhimento deste profissional. Em outubro de 2001, esta prática já experimentada pela equipe na segunda metade da década de 1990, foi implantada nas UBS e na Policlínica Municipal, marcando a inauguração do Programa de Saúde Mental. Hoje, esse acolhimento existe nas Unidades da APS. O profissional responsável pelo acolhimento é sempre o

⁴⁸ Durante o segundo semestre de 2008, o tema da formalização do cargo de coordenação da saúde mental junto à administração foi mais intensamente discutido nas reuniões gerais do Programa. A solicitação formal foi endereçada à Secretaria de Saúde em setembro de 2008, porém até abril de 2009 não houve nenhuma resposta da administração municipal.

psicólogo. A prioridade do atendimento deve se voltar aos usuários em “crise subjetiva” e/ou “portadores de sofrimento mental grave”. Estabeleceu-se assim uma tarefa padrão para todos os psicólogos da APS que passaram a oferecer à comunidade um momento aberto de escuta individual e avaliação dos casos.

Segundo relatórios e informes da equipe produzidos na época, inicialmente o acolhimento em saúde mental teve por objetivo: a) receber, tratar e encaminhar as demandas por atendimento em saúde mental na cidade; b) acompanhar cada caso sob sua responsabilidade, monitorando o percurso dos usuários nos vários dispositivos de saúde e identificando aqueles casos que poderiam ser beneficiados com o equipamento CAPS, já encaminhado, na época, para implantação; c) participar da preparação de uma rede de atenção em saúde mental, na época denominada “Rede-CAPS”, com orientação no sentido de estimular a produção de recursos alternativos à internação psiquiátrica.

Ainda hoje não há um consenso conceitual entre os profissionais do que seja o acolhimento em saúde mental na APS. Um dos profissionais mais antigos da rede escreveu sobre o conceito de acolhimento numa publicação local sobre o tema.

Desde a implementação do programa, o tema “acolhimento” tornou-se polêmico entre os membros da equipe. Para uns, o termo definir-se-ia apenas como “triagem”, para outros, teria o sentido de uma “porta-aberta” (que daria acesso livre a todos que demandassem a saúde mental). Há, também, os que usam o termo no sentido da “escuta”, tal como na clínica psicanalítica, ou seja, o usuário, ao ser acolhido, de imediato, seria um sujeito a ser “escutado”. Além dessas acepções, surgem outras conceituações, como: “consulta prévia”, “entrevista inicial”, “estudo do caso”, “primeiro diagnóstico”, “definição do profissional de referência”. Percebe-se que a idéia que se tem, ao usar esse substantivo, é, possivelmente, individual, ou seja, praticamente não há uma coincidência, entre os praticantes do acolhimento, no pensar o “acolher” (CARVALHO, 2004, p. 53).

Na tentativa de “desvendar o conteúdo” do conceito “acolhimento”, o autor mencionado acima propõe uma definição:

ACOLHIMENTO: “O significativo significando”. A “porta de entrada”, para quem demandar a “Saúde Mental”, será a UBS na sala de “acolhimento”, que estará de “portas abertas” para receber o

“usuário”, que poderá ser ou não o “paciente”, aquele que será “incluído” no PSM (Programa de Saúde Mental). “Portas abertas”, assim, no plural, simboliza que “há vaga”, que não se corre o risco de “levar a porta na cara”.(...) A generosidade de que o usuário necessita e espera daquela porta é que ela não simbolize um obstáculo. Que seja uma “porta aberta”, ainda que fechada, pois que ali é o lugar em que será recebido e, se preciso “acolhido” – aquele que chegar demandando algo da ordem do mental, algo que se traduza em um mal-estar, em um “sofrimento” (CARVALHO, 2004, p. 54, grifos do autor).

Após o acolhimento feito pela psicologia, os procedimentos que se seguem podem ser diversos, como: a) manutenção do tratamento na UBS/USF pelo profissional do acolhimento e/ou pela equipe de PSF; b) encaminhamento para clínica médica em saúde mental da Policlínica; c) encaminhamento dos casos de “urgência subjetiva”⁴⁹ que não encontraram resolutividade na APS para CAPS (quando ainda não havia esse dispositivo na rede, os casos eram encaminhados para consulta psiquiátrica⁵⁰); d) encaminhamento para o “Convênio-Escola” (parceria da Secretaria Municipal de Saúde e Faculdade de Medicina da região) para investigação diagnóstica suplementar; e) encaminhamento dos casos de “emergência subjetiva”⁵¹ para Pronto-Socorro Municipal. Os recursos de atendimento existentes são: psicoterapia, terapia medicamentosa, acompanhamento domiciliar pelas equipes de PSF e, eventualmente, pelo psicólogo e oficinas locais para usuários da saúde mental. Nestas oficinas, em sua maioria, são desenvolvidas atividades manuais e acontecem sob referência do psicólogo na UBS. Há a recomendação acordada entre a equipe de que os psicólogos incentivem o trabalho das oficinas em seu território, com o objetivo de otimizar os recursos comunitários, desconstruindo estereótipos com relação ao adoecimento mental. Por ter o potencial de envolver comunidade, familiares, profissionais de saúde e outros equipamentos

⁴⁹ “Neuroses e psicoses graves de curso instável, estado atual agudo, com isolamento social, mas sem agitação psicomotora intensa ou passagens ao ato destrutivas e/ou agressivas”. Casos como “queixa neurótica ansiosa, depressiva ou somática, em que não se encontre perda significativa do trânsito social ou risco evidenciado de passagem ao ato; transtornos relativos ao processo de ensino-aprendizagem em crianças; demandas por relatório, laudo ou exame psiquiátrico de pacientes que não estejam vinculados ao acolhimento; solicitações de avaliação e acompanhamento psicológico de candidatos a cirurgia” que não teriam prioridade (D2).

⁵⁰ Poucos meses antes da inauguração do CAPS em 2004, dois psiquiatras foram contratados e realizaram atendimentos ambulatoriais como uma fase transitória ao CAPS.

⁵¹ “Neuroses e psicoses de curso instável, estado atual agudo, com exclusão social e agitação psicomotora, passagem ao ato ou agressão e/ou destrutividade” (D2).

sociais e políticos, as oficinas atendem estrategicamente para a mudança cultural necessária em prol da construção da cidadania da pessoa em sofrimento mental.

4.3 A implementação do Programa de Saúde da Família: fortalecimento da proposta de centralização da rede de saúde mental na APS

O surgimento dos Programas de Saúde Mental e de Saúde da Família se deu de maneira simultânea, ambos institucionalizados na cidade de Ipatinga no ano de 2001. Porém, há de se destacar que já havia práticas em saúde mental na APS consolidadas, mesmo que não sistematizadas, e a formação incipiente de uma rede de serviços na área quando da implantação das primeiras equipes de PSF. Para a equipe de saúde mental, a notícia da implementação do PSF na cidade trouxe temeridades com relação a possíveis modificações no trabalho que estava sendo, naquele momento, sistematizado mediante histórico significativo de discussões intra-equipe e atuação no campo. A hipótese da equipe era de que o PSF era um projeto hegemônico e redesenharia toda a rede de saúde nacional, inclusive a rede de saúde mental.

A integração das ações da equipe de saúde mental com o PSF se deu em março de 2002, tendo por objetivo a orientação e a capacitação das equipes de saúde da família para atender as demandas de saúde mental de forma comunitária, preventiva e resolutiva. A equipe de saúde mental pactuou internamente que as equipes de saúde da família deveriam atender no território de sua responsabilidade os usuários em saúde mental, estimulando práticas de prevenção às crises subjetivas agudas, utilizando ao máximo os recursos existentes na própria rede primária de saúde. Para tanto, foi organizado um projeto de “Formação Permanente em Saúde Mental” para os técnicos e agentes da APS. Os encontros aconteciam nas UBS/USF, seguindo um cronograma previamente elaborado, e se constituíam como atividade de trabalho dos técnicos. Esse projeto, iniciado juntamente com os próprios programas (Saúde Mental e Saúde da Família), ofereceu no ano de 2005 um curso ampliado de capacitação para os médicos generalistas e enfermeiros que englobou temas relacionados à Psicopatologia e Psicofarmacologia, assim como a construção da clínica em saúde mental sob os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Nacionalmente, conforme já exposto no primeiro capítulo deste trabalho, o desenho da rede de saúde mental estava se constituindo em torno de um de seus principais equipamentos substitutivos ao hospital, os CAPS. No município de Ipatinga, a construção de um CAPS no momento em que este serviço se expandia na rede nacional foi questionada, dado o movimento local de fortalecimento da atenção em saúde mental descentralizada via presença da psicologia nas UBS, e a confirmação da implantação de equipes de PSF em toda a cidade, recurso considerado de grande valia na assistência em saúde mental em razão de seus princípios organizativos.

A equipe de saúde mental tinha conhecimento das novas práticas de atenção ao portador de sofrimento mental grave, desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS de outros municípios. Porém, o diferencial do processo local de construção de formas substitutivas à internação psiquiátrica se deu pela percepção precoce da equipe de que a saúde mental deveria estar integrada no contexto geral da saúde pública e nos dispositivos que o movimento sanitário estava propondo, principalmente o PSF, pois esse estava inserido num contexto de mobilização política e financeira significativo, indicando que esse programa reorganizaria permanentemente toda a rede de saúde. A percepção da equipe de saúde mental era de que o trajeto paralelo e de encontros fragmentados dos avanços dos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica estaria chegando a um fim com a implementação do PSF. Apesar da legislação que regulamenta esse programa não considerar a atenção à saúde mental, com a implementação das primeiras equipes de saúde da família na rede de Ipatinga, a equipe de saúde mental se questionou se haveria ou não a necessidade de um CAPS e problematizou o eixo central que norteou a organização da rede de saúde mental local. Era necessário repensar a localização da saúde mental nos novos dispositivos sanitários da APS e de toda a rede pública de saúde.

Apesar do pensamento de se construir uma rede de serviços em saúde mental tendo por dispositivo central as UBS/USF, o argumento pelo CAPS acabou se fortalecendo, principalmente em razão da possibilidade de financiamento repassado diretamente para as ações de saúde mental via CAPS. A discussão com relação à construção de um centro de referência foi retomada e os técnicos de saúde mental perceberam que havia casos graves que poderiam se beneficiar com a existência de um CAPS na cidade.

4.4 A construção do CAPS: divergência de concepções e do lugar deste dispositivo na rede assistencial

Nos primeiros anos da década atual, a Associação “Loucos por Você”, principal expressão da sociedade civil do município em torno do tema, conferiu pressão política no sentido de criação de um CAPS, sendo este um dos principais motivos da existência da ONG. Esta promoveu manifestações públicas, seminários e coleta de assinaturas em prol da construção deste dispositivo substitutivo. A ONG buscava a substituição absoluta de qualquer equipamento que promovesse a internação psiquiátrica, inclusive em hospitais gerais, pelos CAPS. Essa visão entrou em conflito com a percepção de rede da equipe de saúde mental que, naquele momento, enfatizava a formação técnica dos trabalhadores da APS e exploração dos recursos já existentes na rede de saúde para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental. Essa divergência de percepções tanto da configuração da rede local de saúde mental quanto do CAPS reforçou a fragmentação da parceria entre ONG e rede pública de saúde que permanece ainda hoje no cotidiano dos serviços.

O CAPS que a equipe de saúde mental idealizou, em consenso com a coordenação da saúde mental em exercício, deveria ir além de sua concretização como um estabelecimento de saúde. Este deveria se constituir como

(...) o resultado de uma rede de atenção profundamente remanejada, com a inclusão do singular e do “estranho” num acolhimento em atenção primária, e não num “núcleo” ou “centro” de referência calcado em sub-especialização segregativa. Outra forma de dizê-lo seria esta: o Caps que projetamos não seria aquele reduzido às suas instalações, mas, sim, aquele disseminado pela rede enquanto uma função – a isso chamamos “Função-Caps”, aquela que se deduz da extensão dos princípios substitutivos de um Caps, ao longo da rede de atenção em saúde mental (BORGES, 2004, p.64).

O equipamento do CAPS, nessa lógica, não seria o centro, e sim uma função. A noção de descentralização da assistência incutida na missão do CAPS de substituição da tradicional assistência hospitalar centralizadora se concretizaria, na rede de saúde mental de Ipatinga, em sua função simbólica. O CAPS, ainda atendendo à missão de substituição, deveria substituir a si mesmo.

No caso da Atenção Primária, quem exerceria a “Função-CAPS” seriam os psicólogos nela lotados nas buscas cotidianas por parcerias no atendimento da demanda. Na tentativa por uma melhor definição do que seria a “Função-CAPS”, Borges (2006), em apresentação no Congresso da Associação Mineira de Psiquiatria, do ano de 2004, escreveu:

O CAPS, não se reduzindo ao seu prédio, não se reduzindo a uma equipe, não se reduzindo a um conjunto de encaminhamentos e normas burocráticas. O CAPS disseminado, inoculado enquanto idéia e lógica de atenção, e não enquanto “centro”, como consta em sua denominação. Isso que funciona num CAPS, pode funcionar fora dele (...) O CLIPS [CAPS] sai de sua posição institucional, vai do “centro” para a rede, e se constitui como referência de um outro ponto de vista, do que a rede espera e exige que ele faça para que ela própria se sustente como referência (p. 15-6).

A rede de referência pensada pela equipe de saúde mental concentrava-se nos serviços oferecidos pelos psicólogos, em parceria com as equipes de saúde da família da APS e com o Pronto-Socorro Municipal. A função do CAPS se materializaria nesta rede na centralidade da assistência em saúde mental na APS, o que possibilitou o questionamento da equipe sobre a necessidade de um CAPS no município. O curioso é que somente com a instalação física de um CAPS local - um estabelecimento especializado que institucionaliza o lugar das novas práticas em saúde mental - é que se começa a compreender sobre o trabalho em saúde mental do psicólogo na APS de Ipatinga. Com o funcionamento do CAPS legitimam-se as práticas diferenciadas daquelas da atenção tradicional (hospitalares e ambulatoriais), e que são similares àquelas já desenvolvidas e desejadas pela equipe de psicólogos na APS.

O CAPS, desde a formulação de seu projeto, portanto, não foi concebido pelos trabalhadores da equipe como o principal dispositivo da rede de saúde mental de Ipatinga, nem como porta de entrada da pessoa em sofrimento mental da rede de saúde. Em carta enviada ao Secretário Municipal de Saúde, em 27 de fevereiro de 2003, ao solicitar o início das obras de implantação do espaço físico do CAPS⁵², a

⁵² O CAPS foi implantado em espaço destinado à Policlínica Municipal, como um anexo a esta unidade, após obras de reforma. O espaço não condiz com a demanda do serviço, por exemplo, não

Coordenação de Saúde Mental afirmou o trabalho em saúde mental desenvolvido na rede primária de saúde, especialmente junto às equipes de PSF. Porém, reconheceu as limitações que o serviço estava apresentando, e reivindicou a implantação do CAPS como um serviço de “retaguarda indispensável” para o prosseguimento do trabalho já iniciado na APS.

O dispositivo principal, aqui, foram as UBS e as USF, no início do serviço de mental. Esses dispositivos visam prioritariamente, assim como o CLIPS, abordar os pacientes mais graves, tratando das urgências e evitando a reincidência de crises. UBS e USF procuram, ainda, servir de referência para os familiares e cuidadores do portador de sofrimento mental, por estarem mais próximos de seus locais de moradia, provendo assim uma atenção longitudinal e permanente acolhimento (D5).

O nome escolhido pela equipe para o CAPS a ser implementado – CLIPS – traz incutida a percepção de que a proposta do CAPS não seria a de centralização em um único estabelecimento especializado para o cuidado da pessoa em sofrimento mental na rede de saúde, mas que este tivesse a função de “agrupar”, de “reunir”, mas sem “prender”. Essa idéia se refere tanto para a permanência do usuário em tratamento neste estabelecimento quanto para a função simbólica do CAPS que não deveria pertencer apenas a esta unidade da rede de saúde.

O CLIPS tem seu nome inspirado nos princípios do Acolhimento psíquico e social do usuário, mas além disso, seu nome foi escolhido devido à semelhança entre sua função e a utilidade daquele pequeno objeto tão conhecido por todos: os “clips” que se usam nos escritórios. Assim, ao contrário do grampeador, que prega e fixa folhas soltas, os clips reúnem sem pregar, agrupam sem prender (D3).

dispondo de espaço ampliado para atividades livres dos pacientes em tratamento. A ampliação e adequação do espaço do CAPS estão previstos no Plano de Metas e Orçamento do Programa de Saúde Mental de 2009.

Com a chegada das primeiras equipes de saúde da família, essa lógica descentralizada de organização da rede de saúde mental foi fortalecida e motivada pelos profissionais do Programa de Saúde Mental.

O fato de que a atenção em saúde mental em Ipatinga não tenha começado pelo CAPS contribuiu para uma ênfase continuada na função da APS como reguladora do trânsito do usuário por todos os dispositivos de saúde (D5).

A concretização da lógica de regulação da saúde mental pela rede primária, o que a colocou numa posição central da rede assistencial, pode ser observada através do próprio funcionamento do CAPS em seus primeiros anos. Inaugurado em 20 de maio de 2004, ele iniciou seu funcionamento recebendo prioritariamente os casos encaminhados pelos psicólogos e médicos clínicos da APS, e recusando o atendimento de demanda espontânea, contrariando a definição de atendimento “porta-aberta”, proposto pela regulamentação legal do CAPS.

(...) ao contrário da orientação proposta pelo Ministério da Saúde, um pouco na contramão dessa orientação, nós propusemos que a entrada do paciente no CAPS fosse feita por via de encaminhamento dos técnicos de referência da atenção primária, ou do pronto-socorro, via interconsulta, mas enfim, não de maneira aberta. E essa foi então uma outra fonte também de incompreensão, atritos, um pouco de dificuldade em relação a essa visão mais política da reforma psiquiátrica (P1).

Essa conduta da equipe, radical e crítica à política da reforma psiquiátrica, gerou polêmicas e julgamentos severos principalmente por parte da Associação “Loucos por Você”. Fundadores da ONG identificaram uma rigidez no fluxo de atendimento dos usuários, o que contribuiu para a continuidade das internações psiquiátricas, proporcionando efeito-contrário à missão do CAPS.

(...) o movimento identifica que o novo modelo assistencial apresenta-se rigidamente hierarquizado, sendo somente possível

acessar o CLIPS [CAPS] com encaminhamento do PSF. Mesmo apresentando um quadro de instabilidade clínica, o usuário deve se dirigir ao PSF ou, em caso de agitação psicomotora, dirigir-se diretamente ao pronto-socorro. Segundo a proposta formulada pela equipe de Saúde Mental do município, o CLIPS não deve atender os casos de crise, o que faz com que o usuário após permanecer alguns dias no pronto-socorro continuasse sendo encaminhado para os hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, distantes a 200km de Ipatinga. Focando sua intervenção na doença, mantendo as internações em hospitais psiquiátricos e construindo modos de cuidar baseados estritamente no saber técnico dos profissionais e gestores, o novo modelo assistencial ainda permanece na lógica manicomial e biomédica (GUERRA & GODOY, 2007, p 58).

Na visão do coordenador da equipe de saúde mental da época, o funcionamento em porta-aberta, preconizado pela legislação e defendido pela ONG, iria superlotar o CAPS precocemente. Além disso, iria minar o trabalho de construção local de referências em saúde mental descentralizadas na APS, processo no qual a equipe afirmou que o lugar privilegiado de acolhimento do portador de sofrimento mental era nas UBS/USF.

Durante a participação da Associação “Loucos por Você” no II Encontro da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial, realizado em Goiânia-GO, no ano de 2007, foi elaborada uma moção de repúdio ao funcionamento do CAPS de Ipatinga, publicada no relatório final do Encontro⁵³. A equipe de saúde mental foi questionada pela coordenação estadual de saúde mental sobre o funcionamento irregular do CAPS, porém a equipe já havia decidido pela abertura das portas do CLIPS para acolhimento de demanda espontânea desde o mês de novembro de 2006. Ainda hoje se observa, no cotidiano dos serviços, dúvidas sobre o funcionamento do CLIPS e sobre os critérios de encaminhamento para este serviço.

No ano de 2007, durante o Seminário Municipal de Saúde Mental de Ipatinga⁵⁴, nas discussões da mesa intitulada “CLIPS e a Rede Básica de Saúde”, a

⁵³ “Os participantes do II Encontro Nacional da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial reunidos em Goiânia no período de 28/06 a 01/07/07 repudiam a forma como o CAPS de Ipatinga tem funcionado, ou seja, de porta fechada, não atendendo pacientes em crise aguda em regime de permanência-dia. O município deve rever com urgência a forma de funcionamento e o gerenciamento do CAPS, conhecido na cidade como CLIPS. Goiânia, 1º de julho de 2007”. Disponível em: http://www.osm.org.br/view_noticia.aspx?id=51.

⁵⁴ Este Seminário aconteceu em 26 de maio de 2007, em cumprimento de uma diretriz acordada durante a Conferência Municipal de Saúde do ano de 2005. Estiveram presentes: o prefeito, a secretária de saúde, o diretor do Departamento de Atenção à Saúde ao qual o Programa de Saúde Mental está vinculado, técnicos da rede de saúde, usuários e familiares, representantes do Conselho de Saúde, Associação “Loucos por Você”, representantes do SAMU, Corpo de Bombeiros, Policlínica

coordenação municipal de saúde mental à época reafirmou o “compromisso de realizar atendimento também da demanda espontânea, não qualificada, por meio de Acolhimento no CLIPS em regime de “Porta Aberta” (D4). Outra discussão importante motivada por esta mesa referiu-se ao acolhimento dos casos de urgência subjetiva na APS.

Discutiu-se o papel da rede básica de saúde no Acolhimento da urgência subjetiva, notando-se diversidade de pontos de vista a este respeito. O Coordenador de Saúde Mental de Ipatinga notou que há vinte anos atrás o atendimento de urgências subjetivas em serviços tipo CAPS era impensável, para muitos, e que o mesmo se aplicaria à intenção de atenção à urgência em saúde mental, em futuro próximo, na rede básica de saúde (D4).

Outros temas foram postos em discussão neste seminário, a saber: “Políticas Públicas de Saúde Mental para o abuso de álcool e outras drogas” e “Políticas Públicas de Saúde Mental para a infância e adolescência”. Foram apresentados relatos sobre a assistência em saúde mental dispensada às clientela citadas, feitos pelos representantes da Coordenação Estadual de Saúde Mental e da rede de saúde mental da cidade de Betim-MG. Discutiu-se a necessidade de estudos e o diagnóstico local sobre a demanda para a implementação de serviços especializados (CAPS AD e CAPS i) no município e região.

A existência de um CAPS no município trouxe avanços para a assistência em saúde mental na rede como um todo. Um exemplo foi a redefinição da lista de medicamentos psiquiátricos fornecidos pela rede pública, que passou a contar com um leque maior de psicofármacos e um programa específico de entrega domiciliar desta medicação para a população. Acordos relacionados à assistência à pessoa em sofrimento mental feitos com outros dispositivos da rede de saúde e social como, por exemplo: SAMU, Pronto-Socorro Municipal, Farmácia Verde, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e INSS, puderam ser mais bem afirmados. Neste sentido, observa-se que a equipe buscou avançar na proposta de uma rede complexa de atenção em saúde mental, tendo por foco a atenção às crises subjetivas de quadros leves e iniciais e também para aquelas de difícil manejo.

4.5 Perspectivas atuais do Programa de Saúde Mental

Em 2007, foi realizado concurso público para a área da saúde. No final deste mesmo ano foram nomeados novos profissionais para a rede os quais têm trazido questionamentos conceituais importantes e proporcionado um retorno do olhar dos técnicos do programa para as próprias ações. A entrada destes profissionais se deu como um analisador⁵⁵ da dinâmica do trabalho. Alguns destes questionamentos se referem ao lugar do trabalho em saúde mental do psicólogo na APS, a ambulatorização do CLIPS e a implementação das equipes do NASF.

A co-responsabilidade das equipes de PSF no cuidado das pessoas em sofrimento mental também tem sido tema recorrente nos encontros da equipe de Saúde Mental, especialmente no momento das Preceptorias. A Preceptoria é o encontro gerado entre uma equipe matricial⁵⁶ – formada por um psiquiatra e uma psicóloga do CLIPS – equipes de PSF e psicólogo da saúde mental na APS para discussão sobre a condução dos casos escolhidos pelos profissionais da rede primária. A equipe matricial também tem atendido solicitações de discussões de casos em unidades de outros setores, além daquelas da saúde, destaca-se uma penitenciária e carceragem da região. Esta proposta teve início em abril de 2008 e tem tido avaliação positiva por parte das equipes. Apesar de não ter o formato de curso de capacitação, a Preceptoria tem amenizado esta demanda, uma vez que o programa de capacitação permanente em saúde mental para os profissionais da rede foi interrompido. O último curso oferecido sobre saúde mental foi em 2005 e teve participação significativa dos profissionais da APS, porém a grande maioria destes profissionais não permaneceu na rede. A rotatividade dos técnicos,

⁵⁵ O analisador, conceito importante dentro da Análise Institucional, é um elemento capaz de desestabilizar e desconstruir, evidenciando o não-dito e o oculto que pode estar em acordo ou desacordo com o que se encontra instituído. O analisador pode ter sua expressão em qualquer materialidade: textos escritos de uma organização (documentos em geral), a arquitetura, a distribuição do tempo e do espaço, as diversas formas de comunicação intersubjetiva, os rituais, as atividades de lazer, entre outros (BAREMBLITT, 1994).

⁵⁶ “Equipe Matricial” ou “Matriciamento” são conceitos raramente ditos pelos membros da equipe de saúde. Observa-se que o trabalho da Preceptoria é semelhante ao das equipes matriciais, porém diferencia-se no fato de já haver uma referência em saúde mental para a equipe de saúde da família no campo de trabalho – psicólogos lotados na APS. Além disso, observo desconhecimento da equipe de saúde mental sobre a metodologia e experiências em desenvolvimento do matriciamento em saúde mental na APS de outros municípios.

principalmente dos médicos, é considerado como importante fator desestimulador do planejamento e investimento em outros cursos semelhantes.

A Preceptorial atualmente desenvolvida na APS, na visão do psiquiatra preceptor, diferencia-se daquela realizada entre os anos de 2002 e 2005, que tinha o perfil de formação.

Era uma coisa assim que pelo menos as que eu participei eram umas aulas, era aulas mais expositivas (...) Já tinha o assunto, né, era “Ah, vamo falar o quê que é psicose, o quê que é neurose, o quê que é, o quê que é...”, enfim, depressão, sei lá, essas coisa assim (...) A proposta agora ela é baseada nos casos, né, nos casos reais, o quê que tá acontecendo no momento da equipe, né, das equipes. Eu acho que o ideal é a gente, a gente conseguir pegar alguns casos né, que causam problemas ou principalmente pra própria pessoa portadora de sofrimento mental, alguma coisa assim, e pegar também os profissionais, os profissionais que se angustiam, né?! (...) E a proposta agora é discussão de casos ali na prática, no dia-a-dia, né. (...) levar assuntos prontos é uma coisa que já foi feita, que a gente pode até fazer de maneira paralela, mas eu acho que a gente não pode deixar de propor isso, propor a discussão do caso. Eu acho que o caso enriquece mais, o caso é uma coisa mais pessoal e, enfim, de repente o que eu penso agora aqui que a pessoa lá que atende não se angustia com a depressão, ou com a esquizofrenia, ela se angustia com a pessoa ali, né?! Então se a gente for lá e discutir sobre a pessoa, ouvir às vezes a pessoa, junto com a pessoa, junto com o profissional é, ou atender junto, ou até mesmo ouvir um... a gente tem feito isso, às vezes a pessoa vai e fala pro, pro grupo ali que tá reunido, pra equipe, fala da vida dela e tal. (...) lembro de um caso aqui, que o médico virou assim, depois que a pessoa saiu, a pessoa falou da vida dela, saiu e ele falou assim: “Pô, mas que interessante a vida dessa pessoa! Eu não sabia de nada disso. Tô lá com ela, um ano e meio, dois anos, fazendo a receita dela e tal, falando queixas, sempre as mesmas queixas, mas eu não soube de onde que vinha...” Então assim, o simples fato de conseguir mostrar pras pessoas, mobilizar a pessoa, pra perceber a vida de quem ele tá ali na frente, né, eu acho que isso é um objetivo importante, né?! (P2).

O psiquiatra enfatiza que o objetivo da Preceptorial é “chamar a atenção da pessoa pro caso”, através de perguntas como as seguintes: “É um caso clínico? É uma pessoa? O quê que ela faz? Como que é a vida dela?” (P2). Através dos questionamentos, o entrevistado frisa a necessidade de se construir um diagnóstico, de maneira flexível, para que haja um eixo orientador para as intervenções da equipe.

(...) na hora de discutir um caso tem que ir pra trás, tem que fazer um diagnóstico, né. Eu acho que assim, eu sou médico, eu gosto de ter um diagnóstico. Eu acho assim, mesmo que seja, que o diagnóstico seja “problema com a família”, mas tá ali, um negócio pra gente trabalhar. Tem gente que gosta, que não gosta de fazer “hipótese diagnóstica”, gosta de fazer “lista de problemas”, vamo fazer uma lista de problemas então, mas que tenha uma coisa ali fechada, né. Eu acho que discutir caso clínico tem que ter um esqueleto assim pra gente partir, de qual osso nós vamos começar, né?! (P2).

O processo de definição de um diagnóstico e a construção do caso clínico devem ser feitos por todos da equipe de referência. A motivação para que este trabalho seja realizado coletivamente, destacando a co-responsabilidade entre as equipes da APS e da saúde mental, também se tornou um objetivo da Preceptoría.

(...) um outro objetivo dessa preceptoría é fazer aquela turma de gente virar uma equipe né, ou virar uma, sei lá, ter uma organização, né, um time ou uma equipe, sei lá. Um pessoal que tem um objetivo comum. (...) se ficar todo mundo boiando, a coisa pode até ter vontade, dois, três terem a vontade e a coisa ir andando até pra um lado legal, mas acho que tá perdendo tempo. Assim a gente pode andar mais rápido pra chegar nos objetivos mais rápido. Eu acho que se tiver uma equipe formada, todo mundo com os objetivos mais ou menos na mesma direção, acho que a coisa anda mais né (P2).

O objetivo de fomento ao trabalho em equipe direciona a uma melhor compreensão e avaliação permanente do manejo dos casos, como por exemplo a conduta medicamentosa, ato médico que pode ser otimizado no diálogo contínuo entre os membros das equipes da rede primária e preceptores.

(...) o caminho é esse que nós tamo fazendo, nós tamo procurando juntar uma equipe, tamo procurando fazer a saúde da família funcionar com equipes que estão interagidas entre si, e a partir dessa interação nós vamo ter bastante gente pensando no caso, né, e nós vamos ter bastante percepção também, dos profissionais sobre o caso, a percepção vai melhorar, os casos vão ficar mais conhecidos, a pessoa vai ficar mais sensível às alterações ali dos problemas das

peças, então vai ficar mais fácil medicar, aí o medicar fica melhor, e fica mais eficaz.(...) não é tão difícil assim o médico da equipe saber as medicações que precisam de usar na saúde mental, principalmente na saúde, nas principais síndromes das doenças mentais, dos transtornos. Não é difícil, são poucos remédios, dá pra guardar na cabeça, dá pra ter uma anotação, é possível saber as doses máximas, as mínimas, as doses que são terapêuticas, as doses que são perigosas. Uma ou duas medicações é preciso tomar um cuidado de dosá-las no sangue e enfim, não é uma coisa muito complicada. Então, eu acho que se à medida que a gente for discutindo os casos, a pessoa vai captar isso né (P2).

Um outro objetivo da Preceptoria, focado na ação dos médicos, é o de “dar segurança” para quem medica na APS.

(...) o médico da equipe fica inseguro de repassar aquela receita, e muitas vezes com razão (...) ele se vê numa situação difícil porque o psiquiatra, que é o especialista, passou aquele remédio, então como que ele vai tirar aquele remédio? E se acontecer alguma coisa com o paciente? E se o paciente atravessar a rua e for atropelado? “Ah, mas você diminuiu o remédio dele!” Está aí outra, outro objetivo da preceptoria, dar segurança pra quem tá na linha de frente lá, de ter a nossa chancela de falar assim “olha, caso discutido dia tal, medicação que estava em uso era dia tal, nós vamos modificar pra tal, porque foi discutido, porque não há indicação, porque..” sei lá, motivo a gente vai achar lá diante do caso, né. (...) À medida que a gente vai conhecendo o caso, se a gente conhece o caso, conhece a pessoa, a gente vai conseguir medicá-lo melhor né (P2).

O trabalho da Preceptoria ainda não acontece de maneira constante junto às equipes da APS. Algumas equipes solicitam regularmente a presença da equipe de preceptores, pelo menos uma vez ao mês. Há equipes da rede primária, e também psicólogos, que avaliam não ser necessária a presença freqüente da Preceptoria em sua unidade. Observa-se a necessidade de esclarecimentos com relação à proposta da Preceptoria, especialmente junto aos técnicos da APS, no intuito de fortalecimento do cuidado contínuo em saúde mental.

A sistematização da relação entre CLIPS e Hospital Municipal também tem sido objetivo recente do Programa Municipal de Saúde Mental. Desde novembro de 2008, esta relação tem se estreitado no sentido de formalização do lugar do Hospital na rede municipal de saúde mental. Além da elaboração de um “Protocolo

de Estabilização Clínica de Portadores de Sofrimento Mental”, foi estabelecida uma equipe de referência em saúde mental dentro do Hospital que atualmente conta com um médico internista e uma enfermeira. O CLIPS, por meio da equipe de preceptores, provê capacitação permanente para outros técnicos de saúde do Hospital. A proposta é que o Hospital Municipal seja um dos dispositivos substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos, no intuito de assegurar a assistência 24 horas aos casos que necessitam de cuidados intensivos – crise aguda com necessidade de contenção física e medicamentosa – principalmente no período noturno (leitos de retaguarda), já que existe apenas um CAPS II no município.

Atualmente, observa-se como movimento principal dos trabalhadores da saúde mental a busca pela institucionalização do lugar da saúde mental nos organogramas da administração municipal. As principais reivindicações feitas pelos técnicos são de formalização da coordenação geral do Programa e gerências clínica e administrativa dos serviços. Nesse empenho, a equipe também tem se dedicado à discussão e escrita coletiva de um Plano Local de Saúde Mental desde novembro de 2008, citado algumas vezes neste trabalho como representativo dos princípios norteadores que estão sendo pactuados entre trabalhadores para posterior discussão com usuários, comunidade e administração.

4.6 O caso da USF Esperança II: integrando a saúde mental na APS dentro do contexto do Programa Municipal de Saúde Mental

O trabalho da psicologia na USF Esperança II, conforme já relatado em capítulo anterior, iniciou no segundo semestre de 2006, quando o Programa Municipal de Saúde Mental já havia determinado o público-alvo a ser atendido na APS. Anteriormente, havia apenas um psicólogo para atender três USF, totalizando a cobertura referencial de sete equipes de PSF.

Nesse período, em que a referência em psicologia estava distante do território da USF, o acolhimento dos casos em saúde mental se dava pelas próprias equipes do PSF. No relato de duas ACS que iniciaram o trabalho do PSF na USF Esperança II, no ano de 2002, pude observar que os agentes comunitários eram os

que mais se aproximavam dos casos de saúde mental, porém sem ainda saber como poderiam lidar com estes casos.

Sobre o treinamento inicial das equipes de PSF, as ACS entrevistadas relataram que não tiveram nenhum tipo de capacitação específica em saúde mental. Essa capacitação foi ofertada alguns anos mais tarde, quando da implementação do CAPS na cidade.

(...) a gente fez o uso de dinâmicas por um tempo lá na prefeitura. Ficamos fazendo uns cursos, durante um mês, nós ficamos tendo palestras de oito da manhã às cinco da tarde, sentada, escutando, escutando, só escutando... mas a gente não aprendeu muita coisa na palestra, a gente aprendeu na prática. (...)Tava iniciando tudo, cê entendeu? A gente nem sabia com o quê que a gente ia lidar. Minha tia me disse “ó Sueli você vai trabalhar tipo assim, o pessoal da Pastoral da Saúde da Igreja”. Foi muita correria. Foi mais ou menos umas duas semanas, um mês, e muita correria, muita folha, muita informação, nós não pegou nada, a gente pegou no dia que a gente foi pra rua (AG1).

Essa ACS lembra que o processo de implementação das equipes de PSF foi o “início de uma coisa que nunca existiu” e que os agentes comunitários de saúde teriam um papel importante nesta construção.

Já iniciados por volta de dois anos do trabalho, a capacitação em saúde mental para as ACS foi realizada pela coordenação do Programa de Saúde Mental na época.

E aí, quando teve esse curso (...) lá da Policlínica, nem tinha psicólogo nas unidades de saúde. Tinha psicólogo assim, um pra três unidades, dividia. A gente nem sabia, nem sabia como lidar. No começo, a principio, a gente trabalhava, mas o pessoal da saúde mental ficava um pouquinho meio afastado da nossa realidade. Porque nós, na verdade, a gente num...a gente não sabia o quê que é adoecc..adoecimento mental e nem doença mental. A gente nem sabia. (...) E aí quando aconteceu, aconteceu o CLIPS, a gente começou a ter palestras pra falar se a gente encontrasse com algum caso específico assim pra gente ver esquizofrenia né, é... retardo mental. Se a gente tinha assim pessoas que ficava muito enclausurada dentro de casa, mas na verdade a gente já tinha, mas a gente não sabia o que fazer com eles. E aí quando veio o CLIPS, com esse pessoal, a gente começou a passar os casos (AG1).

Anteriormente ao CLIPS, a lógica de tratamento dos casos da saúde mental tinha por via única encaminhamento para o serviço ambulatorial de psiquiatria e encaminhamento para internação em hospitais psiquiátricos. Tanto equipes quanto população consideravam que a Unidade de Saúde da APS não atenderia à demanda da saúde mental. As agentes de saúde indicam que essa era a percepção geral da população.

(...) na visão do povo era Barbacena, levava pra Barbacena (...) pra hospitais psiquiátricos. (...) Então, na cabeça deles antes é assim: “vai para psiquiatra”. Pra eles, eles tinham uma noção assim que no posto de saúde não resolveria, não resolvia problemas psiquiátricos daquelas pessoas. A família em si vinha pra unidade marcar consulta, mas doente mental ficava em casa! (...) às vezes, igual a Maria Aparecida, eu chegava lá, ela falava comigo assim. Dona Maria Aparecida tem muito tempo que ela não consulta, e eu tô vendo que ela tá pálida, que ela tá não sei o quê, mas não tem jeito né? E ficava assim mesmo. Às vezes a gente sempre passava informação pro médico, pra doutora, mas antes de ter essas palestras, os médicos também não saía pra ir ver (AG2).

(...) saía pra ver [refere-se aos médicos do PSF], pra ver um acamado, né, um com ferida, um de CA, um de AVC, mas num saía pra ver um de doença mental, passar remédio, fazer um pedido de exame, nada! (AG1).

A abordagem de pessoas em sofrimento mental grave passou a ser pensada pelas equipes de saúde da família após a criação do CAPS e da ida dos psicólogos às unidades, conforme constatam as ACS.

(...) depois quando começou o CLIPS, começou a vir os psicólogos e tal, aí começou o programa né, isso aí veio pra aqui né, começou os cursinhos, os treinamentos, daí começou, a gente começou a ter aquela noção de que a gente podia ajudar eles, a gente ia na casa deles passar informação. Aí que a médica, a médica daqui, os médicos daqui, tiveram aquela visão de que eles também podiam ir lá visitar aquela pessoa (AG2).

Os casos de saúde mental, anteriormente sem registro no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família, passaram a ser incluídos, principalmente no trabalho das ACS, através de visitas domiciliares. As agentes passaram a levar, de maneira mais freqüente, estes casos para o conhecimento dos médicos e enfermeiros.

(...) depois do programa nós passamos a passar informação mais pra enfermeira e pro médico, entendeu, sobre esse pessoal... “tive na casa de fulano, tinha uma pessoa assim, a mãe falou que ele tá com um problema, que tá precisando de ir no médico, mas não tem como, será que você poderia ver ele?” Aí começou os médico ir lá e tal, começou aquele entrosamento entre paciente da saúde mental com o pessoal do posto, com os médico, mas, porém, era mais desfalcado porque não tinha psicólogo, não era estruturado com psicólogo pra dar uma atenção melhor. Não tinha, não tinha como ajudar, né, porque clinico geral pra pegar um [paciente] de doença mental.... tudo era encaminhamento, era encaminhado (AG1).

A lógica do encaminhamento para psiquiatria e CAPS permaneceu até o segundo semestre de 2006, quando a administração municipal contratou um psicólogo para iniciar o trabalho diretamente junto às equipes desta USF. Antes de sua chegada, as equipes encaminhavam para o CLIPS, inclusive casos não avaliados como crises agudas de psicoses e neuroses graves. O trabalho da psicologia na USF Esperança II contribuiu para o refinamento dos casos encaminhados ao CLIPS e ênfase na missão desse dispositivo de tratamento apenas dos casos mais graves, sem resolutividade na APS. A reordenação da clientela a ser atendida nos dois dispositivos – CLIPS e USF – contribuiu também para a estigmatização do lugar especializado construído para o tratamento especificamente da loucura. O CLIPS passou a ser considerado como “o lugar onde fica a pessoa que tem problema de cabeça, doido” (AG1).

O primeiro psicólogo da USF Esperança II relata que não teve capacitação específica para trabalhar em saúde mental. O conhecimento do trabalho se deu por estágio na rede, através do acompanhamento de atividades no CLIPS e junto à psicóloga que exercia a referência para a USF Esperança II. O psicólogo descreve esse período inicial:

Não tive nenhum tipo de treinamento, a base que eu tive de como proceder em atendimento com as pessoas veio muito desse pequeno período que eu fiquei atendendo com a psicóloga do Esperança I, e dois meses que eu fiquei no CAPS, que é o CLIPS aqui de Ipatinga. Ficando lá dois meses e fazendo atendimentos aos pacientes no acolhimento (...) só os atendimentos clínicos, tá? (...) não vi ela fazendo visitas domiciliares, né. Eu fiquei lá por um período, ela fez mais o atendimento clínico. Ela colaborava muito pras oficinas terapêuticas. Porém a psicóloga, ela não é, ela não participa muito dentro das oficinas terapêuticas. As oficinas terapêuticas é num horário diferente do horário de atendimento dela. Então as oficinas funcionavam lá com as monitoras que eram escolhidas previamente pela psicóloga, com orientação da psicóloga, pra atender essa demanda lá nas oficinas terapêuticas. E as oficinas terapêuticas funcionam até hoje lá. Não sei como funcionam, como é que é que tá lá, não conheço mais. Mas visitas não haviam (P3).

Passado o período de estágio, o psicólogo foi encaminhado para as USF Esperança II e Nova Esperança. Sobre as percepções iniciais por parte dos outros profissionais com relação à presença da psicologia, o psicólogo relata que o vínculo entre esses profissionais se dava apenas através do encaminhamento. Inicialmente buscou orientar as equipes com relação à sua pertença ao Programa de Saúde Mental e sobre a exigência do trabalho em equipe na assistência aos usuários. Ao chegar numa unidade que não previa local físico específico para a psicologia, foi necessário ao profissional a marcação do território, a construção de um lugar.

Eu comecei a entrar em contato com eles [técnicos das equipes de saúde da família], ir na sala deles, conversar, falar do programa de saúde mental, que eu tava integrado juntamente com eles pra poder tá participando do grupo dos atendimentos, mas eu fazia parte do programa de saúde mental, e não do PSF. Mas tava ali para dar um suporte no atendimento clínico aos pacientes. (...) E eu cheguei aqui não tinha horário adequado, não tinha lugar pra guardar prontuário, não tinha um programa de como nós poderíamos providenciar o atendimento da psicologia para subsidiar o PSF no melhor atendimento geral para a comunidade. Lembrando que nós não somos PSF, nós somos Programa de Saúde Mental. Trabalhamos paralelamente ao PSF (P3).

Sobre a aceitação dos profissionais da rede primária do trabalho em saúde mental, o psicólogo comenta que nem todos foram receptivos. Um médico em especial, estudante de psiquiatria, mostrou-se solícito à orientação do Programa de

Saúde Mental de atendimento dos casos de saúde mental pela clínica médica do PSF. De uma maneira geral, o psicólogo lembra que os técnicos da APS compartilhavam da noção de que os casos de saúde mental deveriam ser atendidos por médicos do programa específico, uma vez que era uma clientela para especialista. O psicólogo interpreta esse fato da seguinte maneira:

Existem alguns colegas que têm alguma resistência a trabalhar com a saúde mental, ou pelo desconhecimento, né, por não compreender bem, às vezes um pouco pela dificuldade de lidar com os casos, são casos que às vezes requer uma atenção maior de orientação, de como fazer o procedimento e eles não têm uma certa paciência, vou falar que é paciência mesmo, falam que é outra coisa, mas é paciência mesmo, que precisa da paciência. Vem falar que num precisa, precisa (P3).

Uma das agentes de saúde entrevistadas, considerando a importância do trabalho da psicologia na USF, relata que este profissional “aliviou” o próprio trabalho. Esse “alívio” se deu pela possibilidade de encaminhar ao psicólogo aqueles casos que angustiavam as ACS por estas considerarem não saber como abordá-los e promover ajuda ao usuário e à sua família.

Pra mim particularmente no começo foi meio complicado porque a gente não entendia muito bem o quê que era o assunto, porque a gente lidava, mas não sabia. Pra mim, a minha usuária que ficava só presa dentro de casa era uma usuária comum, ela tinha problema, era doída, né. O povo, a linguagem do povo “é doído!”. Então, ficava lá. Lógico que depois que eu descobri que ela morava lá eu sempre queria ver ela, saber dela mais, mas eu não podia fazer mais nada, não tinha nada nas minhas mãos. Depois que veio a psicologia a gente já lembrava [dos casos de saúde mental]. (...) Aí teve uma reuniãozinha com a gente, falando pros casos que a gente tivesse pra gente apresentar. Então a gente nem precisava de ir pra rua, a gente já tinha em mente “ah, fulano de tal vai precisar porque é assim assim assado”, e aí já começamos a falar com a família que dentro da unidade agora teria um psicólogo, que seria bom é primeiro vir a mãe, conversar, pra explicar o assunto, pra falar o quê que tá acontecendo com a filha, com a mãe, com o marido, com a esposa, pro psicólogo dar uma orientação pra saber como que vai lidar com a pessoa dentro de casa, tentar trazer a pessoa quando a pessoa não sai de casa né, e aos pouquinhos vai dando certo. Hoje nem precisa mais, aí só se surgir um caso novo, aí a gente tenta ir de novo, mas quando tem um caso novo a gente já sabe o quê que vai fazer né,

não tem mais dificuldade porque a gente já sabe até onde a gente pode ir (AG1).

Este “alívio” também é observado pelas ACS nas famílias dos usuários em sofrimento mental, uma vez que estas buscavam como recursos de tratamento a internação psiquiátrica em outras cidades, intervenções da polícia e do SAMU, e o uso de medicação psiquiátrica sem avaliação regular, e até mesmo a auto-medicação. Poder contar com o recurso da psicologia próximo ao local de moradia é considerado como um fator motivador à assistência contínua em saúde mental.

(...) a gente vai passando os casos [para a psicologia da USF], eles [familiares] vai entendendo. A família vem, acompanha. Já não é caso mais só de trocar receita. Tem remédio, tem sim, mas já faz um pouco de efeito, faz porque se começa a ter alguma coisa diferente, alguma reação. A mãe, ou o pai, ou a filha, já tem com quem falar: “ó Maria Aline, é... o medicamento tá assim assim assado. Num tá dando certo não”. Ou “tá ótimo o medicamento, adorei! Agora fulano de tal tá dormindo, não tá falando demais, não tá andando á noite, não quer ficar só pra rua” (AG1).

Em casos nos quais as ACS identificavam prática de auto-medicação, principalmente de benzodiazepínicos e indutores do sono, estas profissionais acreditam que o trabalho das equipes de saúde da família em parceria com a psicologia tem um papel fundamental na avaliação inicial do quadro emocional apresentado pelo usuário, reduzindo o uso irregular de psicofármacos. Um das agentes de saúde comenta sobre esta contribuição, enfatizando o papel do psicólogo de avaliador da demanda para medicação:

(...) “Nosso Deus, a menina gritou a noite inteira, num dorme, fulano...”, “Ó, meu primo tomava esse remédio aqui, bom demais, dormia a noite inteira”. Aí ele comprava por conta própria e dava o medicamento né, não procurava orientação de nada. Antigamente era assim. Hoje pode até acontecer, mas é um caso isolado, raro. Porque hoje geralmente a família procura a gente, pergunta pra gente como é que vai fazer, como é, se tem alguém aqui, se tem um médico - primeiro eles não pensam que tem, tem pessoas que é leiga na família, que não entende - portanto “será que tem um médico lá

pra gente marcar uma consulta com o médico pro médico passar um remédio pra ela dormir?”. Já tá bom no meu entender, ela quer que consulta primeiro, não vai dar o remédio de qualquer jeito, então eu vou falar pra ela “ó, não vai consultar com doutor que é clínico não, ela vai consultar primeiro com psicólogo, pro psicólogo te orientar se precisar de algum medicamento eles vão passar”. E aí “ó, psicólogo não é doido não, psicólogo é pessoa que vai ajudar a desabafar, a te ouvir como mãe, como pai, como irmão, como mulher” (AG1).

Foram muitos e mais diversos os casos recebidos pelo primeiro psicólogo da USF Esperança II, encaminhados pelas equipes de saúde da família. As percepções em torno do trabalho da psicologia na USF englobam o atendimento a todos os tipos de clientela, desde “separação”, “droga na família”, “mulher que descobriu que marido tá traindo ela”, “mãe que descobre que filha está tendo relação sexual”, usuário que você “começa a conversar com ele e ele começa a chorar”, “loucura que dura um mês”, “poliqueixosos” e os “casos mais graves mesmo”⁵⁷.

Então, de início, encaminhava um monte de casos, independente do que for, uma queixa simples que até o médico ou enfermeiro podia até ouvir, orientar alguém da família ou o próprio paciente e a pessoa... os médicos acabam encaminhando... acabavam encaminhando pro psicólogo, pra psicologia. (...) De início também ouvi muito do PSF que como psicólogo estivesse chegando para esvaziar agenda, acolher demandas de poliqueixosos, que eles não davam conta de ficar administrando. Um paciente que ficava desgastante o atendimento, né, que mantinha queixa, mantinha queixa, mantinha queixa. Então como uma coisa de: “Ái, me aliviou bastante, o psicólogo chegou, me aliviou bastante”. E não tendo uma compreensão mais além, do programa de saúde mental, o quê que o atendimento de psicologia poderia realmente surtir na comunidade, né, com os pacientes que realmente chegariam para ser atendidos, mas simplesmente com um pouco de alívio pra poder encaminhar, pra ter alguém pra poder encaminhar. Me pareceu muito isso: ter alguém pra poder encaminhar. “Ah, eu não sei o que faço com esse caso aqui desse menino, vou ter que encaminhar pro psicólogo. O psicólogo que ouve lá”, ou “a menina tá chorando”, ou tá num sei o quê, tá com dor num sei aonde, eu “não tô conseguindo resolver”, então encaminha para o psicólogo (P3).

⁵⁷ Termos utilizados por uma ACS ao longo de sua entrevista para designar os casos que considera ser “da psicologia”.

O psicólogo observa que muitos dos casos encaminhados à psicologia poderiam ter encontrado resolutividade nos atendimentos anteriores feitos pelos outros profissionais da rede primária, mediante escuta e orientação do usuário. O encaminhamento é automático, o que faz com que o usuário de saúde mental fique sem orientações com relação à saúde de uma forma geral, principalmente do uso dos medicamentos prescritos. A maioria dos usuários encaminhados chega ao serviço da psicologia com a demanda por orientações e esclarecimentos do próprio tratamento.

Demandas que às vezes um bom profissional independente da área de saúde que ele esteja abrangendo, ele tinha que fazer uma anamnese e identificar e poder tomar providências se caso pudesse, se ele tivesse subsídios pra poder fazer isso. Então, independente, independente de ser médico ou enfermeiro, o enfermeiro tem condições de identificar se um indivíduo ele está emocionalmente abalado, se ele está com alterações do sono, se ele está com um humor muito deprimido, ele tem condições de identificar isso. Muitas vezes o encaminhamento era encaminhado para o psicólogo para a avaliação, sem uma prévia orientação do próprio profissional de saúde que lá na ponta já tinha atendido e já poderia ter dado um mínimo de orientação para esse paciente. Então o paciente chegava na psicologia, eu orientava, acabava orientando com questões de saúde geral e psíquica também, além de poder orientar o uso da medicação, chegava aqui com receitas sem orientação básica de uso de medicação. Então acabava usando medicação de forma irregular, e mantendo retorno com o médico e com o enfermeiro freqüentemente, desnecessariamente, a meu ver, por falta de orientação adequada (P3).

Conforme já apresentado, na perspectiva das equipes de saúde da família, o universo de experiências de sofrimento psicossocial era considerado demanda para o trabalho da psicologia na USF, esteja enquadrado nos critérios do Programa de Saúde Mental, ou não⁵⁸. Nesse sentido, considerando que o psicólogo realiza acolhimento de porta-aberta, há de se considerar acolhimentos cheios e a tendência ao agendamento de consultas pelo psicólogo para o “alívio”, agora para o próprio psicólogo, de seu acolhimento.

⁵⁸ A título de lembrança: “Neuroses e psicoses graves de curso instável, estado atual agudo, com isolamento social, mas sem agitação psicomotora intensa ou passagens ao ato destrutivas e/ou agressivas” (D2).

Um outro fator observado e que se relaciona diretamente à limitação da clientela prioritária do Programa de Saúde Mental é sobre o conceito de “crise”. Assim como no cotidiano de trabalho no CLIPS, este conceito não aparenta ter o mesmo significado entre os profissionais. Sabe-se que há diferenças para a “crise” que se encaminha para o CLIPS, e aquela “crise” que se consegue manejar na USF. Para além da descrição dos critérios do Programa, no campo das práticas, percebo que esta definição é dependente em grande parte das condições estruturais e de recursos humanos existentes dispensados para o trabalho dos técnicos da saúde mental na rede como um todo, esteja ele na APS ou na rede secundária de atenção à saúde. Podemos encontrar, por exemplo, casos graves instáveis em acompanhamento exclusivamente pelos técnicos da APS, ao mesmo tempo em que há casos cujo quadro psiquiátrico encontra-se estável sendo mantidos em acompanhamento pelo CLIPS. Com relação aos primeiros, aqueles psicólogos que dispõem de acessibilidade constante do carro da USF para visitas domiciliares, que participam do controle da administração de medicações psiquiátricas injetáveis e encontram em seu local de trabalho algum técnico que tenha afinidade com a saúde mental – de nível superior ou não - geralmente mantém sob sua referência casos qualificados como “críticos” (surtos psicóticos recorrentes, tentativas de auto-extermínio, entre outros).

O psicólogo descreve que os casos de psicoses e neuroses graves foram sendo introduzidos ao seu atendimento rotineiro na USF em grande parte através de busca ativa por parte da psicologia. Tal fato contribuiu para que os casos fossem também inseridos na “agenda” das equipes de saúde da família.

(...) tudo quanto é tipo de casos vinha, além dos poliqueixosos, além dos casos de, de neuroses graves, além dos psicóticos também. De início, os quadros de psicose, traziam um pouco mais de transtorno tanto na unidade de saúde como na comunidade, foram os primeiros a ser atendidos. Por quê? Porque é o que tá visível, né?! É o que tá na cara da comunidade, o que as pessoas tão vendo. E os outros que tavam um pouco lá isolados, muitas vezes demorou pra que eu pudesse encontrar esses casos, porque nem às vezes os médicos chegavam discutindo sobre isso: “Oh, tô atendendo paciente que fui em casa assim assim assado”, e tal, e num vinha discutir, mas eu meio curioso, eu ia lá investigar, pra saber se tinha alguma coisa ou num tinha, né?! No dia-a-dia, e a partir desse momento, os médicos me procuraram com mais freqüência, os enfermeiros, né... Num vou dizer todos, mas uma grande parte (...) As ACS se mobilizaram mais

na identificação de que pacientes eram esses, que medicação que tava sendo usada, conversando melhor e orientando melhor a família até pra poder vir no acolhimento, no atendimento psicológico. Então a coisa foi criando um rumo mais apropriado, mais parecido com a cara do programa de saúde mental de Ipatinga (P3).

Um dos avanços no trabalho, pontuados pelo psicólogo, foi a liberação semanal do carro da USF para a realização de visitas domiciliares da psicologia. Este avanço possibilitou chegar a pessoas em sofrimento mental nos períodos de crise e conhecer pessoas que nunca haviam tido contato com nenhum tipo de tratamento e/ou se encontravam enclausuradas ou resistiam a sair de casa. Muitos desses casos eram conhecidos pelas equipes de saúde da família, porém não havia nenhum tipo de intervenção com relação à saúde mental. A muitos casos foi negligenciada inclusive a assistência à saúde de uma maneira geral.

Eu realmente encontrei casos que precisavam ser atendidos independente do psicólogo estar na unidade de saúde ou não (...) que eram e precisavam de uma assistência imediata e era negligenciado o atendimento a esses pacientes. Porque chegava-se lá e percebia que se não tivesse com uma pressão não alterada, ou se não tinha problema de diabetes e a questão não eram muito física, eles consideravam que o atendimento já estava pronto, já estava executado. Esse paciente muitas vezes tinha o quadro psíquico grave, e não é dado, não foi dada a atenção devida a esses casos. Posteriormente, eu chegando à unidade de saúde, eu comecei a pontuar casos assim que eram de atendimento imediato, né?! Que ao longo do tempo por falta de atendimento até do médico, de observação contínua, esses pacientes começaram a debilitar fisicamente também. Então, como o médico achava desde o início que esse paciente era um paciente psiquiátrico, não adiantava ficar tratando dele porque ele voltava a ficar daquele jeito de novo. Então deixava de fazer a visita e o paciente ficava em situação de crise psíquica mais aguda e física também, né?! Então, o quê que acontecia? Não recebiam [pacientes psiquiátricos] a assistência necessária de uma equipe de PSF, entendeu?! Pra poder atender independente de que caso seja esse. Se seja um caso de diabetes, seja um caso de cardiopatia, né?! Se seja um caso de questões dermatológicas, o que fosse, questões físicas em geral, ou psíquicas. Era negligenciado a parte psíquica do indivíduo (P3).

Seguindo as orientações do Programa Municipal de Saúde Mental, o psicólogo buscou desenvolver o trabalho da preceptoria na Unidade, porém reconheceu que esta iniciativa foi um investimento isolado da psicologia. Em razão

disso, durante o período em que esteve como referência na USF Esperança II promoveu apenas um encontro entre equipes e preceptores.

Eu sugeria alguns profissionais do PSF que se fosse algum caso, a gente discutia. “Qual caso você acha melhor da sua equipe pra gente discutir? Que está tendo algum trabalho...”, até por causa da dificuldade do trabalho com a medicação do indivíduo pra que os médicos pudessem discutir com o psiquiatra do CAPS, que é o nosso CLIPS aqui. Então aí a gente escolhia alguns casos pra poder discutir. Muitos médicos falavam assim: “Ah... qualquer um que você escolher aí tá bom.” Mas um colega que era na época um estudante de psiquiatria, quis fazer mais parte disso. Os outros ficaram um pouco mais observando mesmo alguns detalhes, né (P3).

Não havia, então, nenhum trabalho voltado especificamente para a discussão das prescrições e manutenção de psicofármacos pelas equipes de PSF, nem reuniões regulares para a discussão dos casos de saúde mental. A medicação dos pacientes se resumia à “troca de receitas”, ou seja, renovação de prescrição anterior sem avaliação médica regular. Cabe, ao psicólogo, uma vez que está em contato de maneira mais freqüente com o usuário da saúde mental, observar alterações relacionadas ao uso das medicações, ou mesmo avaliar a necessidade desta.

(...) o paciente vem mantendo, muitas vezes, por seis meses, oito meses, dez meses, freqüentemente um uso da medicação só por troca de receita, sem o médico poder avaliar se de fato esse indivíduo está fazendo o uso adequado dessa medicação. Porque esse indivíduo sai, troca simplesmente a receita, não se sabe se de fato tá surtindo efeito na medicação, ou não, ou de que forma esse indivíduo está usando essa medicação, pra que fins ele tá usando também. (...) Normalmente, eu orientava muito bem por encaminhamento [aos médicos do PSF] sobre os sintomas e observações, que eu tinha feito com relação ao paciente diante da anamnese, que tinha feito anteriormente (P3).

Vale lembrar que no Programa de Saúde Mental não há serviço de psiquiatra ambulatorial. A avaliação médica quanto ao uso de psicofármacos, solicitada pelo encaminhamento do psicólogo na rede primária deve ser feita pelo

médico das equipes de saúde da família ou pelo médico clínico, de nível secundário, escolhido para estar como referência ambulatorial para o Programa de Saúde Mental. O psicólogo entrevistado considera que é possível realizar o tratamento medicamentoso da maioria dos casos em saúde mental tendo como referência o médico da saúde da família, porém afirma que a consulta com o médico da Policlínica era liberada mais rapidamente do que com o médico da USF, sugerindo a superlotação das agendas dos médicos do PSF.

Uma das parcerias importantes para o trabalho da psicologia na USF é com o serviço social. Porém, este trabalho, assim como o da psicologia, encontrou diversos entraves estruturais no caso da USF Esperança II.

(...) a assistente social também era uma profissional para atender toda a demanda da região. Ressaltando que a região é uma região mais carente, né?! Então pra uma assistente social cuidar dessa demanda toda, não só pelos casos sociais, familiares, financeiros, mas como tipo de atendimento que essa família precisava na área da saúde, fazia o quê? Um aglomerado de atendimentos que ela não dava conta, uma demanda gigantesca pra ela. Porque aí, o quê que acabava? Os psicólogos, quer dizer, o psicólogo e a psicóloga que tinham aqui e todos os médicos e enfermeiros encaminhando pra essa única assistente social, né. (...) a gente não tinha nem a chance de ter contato ou discutir casos em conjunto, era muito mais por um encaminhamento ou um telefonema. Hoje em dia a gente tem mais uma integração de alguns profissionais da psicologia e alguns enfermeiros com a assistente social, né, tentando até promover alguns tipos de atividades, porém, como as unidades não têm uma estrutura física suficiente para poder trabalhar questões em grupo, a gente fica com as mãos atadas (P3).

Sobre as iniciativas de trabalho com grupos, o psicólogo destacou a importância desta atividade e as repercussões observadas no convívio entre usuário, família e cidade. A experiência solitária de planejamento e condução do Programa de Saúde Mental em sua unidade de referência, reforçada pelas precárias condições físicas da USF, desvela a concepção biomédica de tratamento em saúde presente na APS de Ipatinga.

Eu, o psicólogo, sozinho, organizava. A gerência, no início, quando eu entrei na unidade de saúde, tinha uma gerente um pouco mais

engajada em alguns detalhes assim, né. Então ela dava um suporte maior, achava super positivo esse tipo de atividade, mas reconhecia que tinha uma dificuldade de trabalhos de grupo na unidade de saúde pela estrutura física da unidade. Então assim, fomos a passeios de projetos, visitamos zoológico, fizemos atividades que na época eram possíveis pra gente na época fazer, né?! Só que num era fácil, então eu providenciei fazer umas atividades onde que a gente poderia sair, né?! Ir em outros lugares, começar a mostrar a cara da saúde mental na rua, então eu comecei a levar essas pessoas pra shopping, comecei a levar essas pessoas para um parque, nós temos aqui o parque, o parque Ipanema que é uma área de lazer, de esporte e lazer muito ampla, muito grande que temos aqui em Ipatinga. Tem uma área de ciências dentro desse parque Ipanema, nós fomos visitar essa área de ciência, pra conhecer um pouco mais de ciência, na prática do dia-a-dia, que eles desconheciam (P3).

Apesar das dificuldades estruturais e administrativas encontradas, o psicólogo insistiu na proposição de atividades de grupo, mesmo que pontuais, por considerar o grupo um dispositivo importante de integração do usuário da saúde mental com sua comunidade.

Os grupos eram diversos, vinham os familiares, vinha o paciente, às vezes vinha um convidado da família. Era autorizado aos pacientes que troxessem um acompanhante, independente de quem fosse. A intenção era mesmo sociabilizar esse grupo, né. Num era trazer só os pacientes pra poder participar não, é pra entender que essa mistura é fundamental. Então a gente levava os grupos e eles comentavam depois, discutiam. Era um ônibus que lotava, lotava o ônibus do grupo aí, e a gente conseguia dar um resultado é... fabuloso com esses, com essas atividades que os usuários, posteriormente, ficavam cobrando: "E aí, que dia que vai ser o próximo? Que dia que vai ser o próximo?" E às vezes num tinha uma liberação assim, imediata de ônibus, né, ou de locais pra gente poder agendar pra poder conseguir fazer. (...) Infelizmente, na Unidade Esperança II, nós não tínhamos condições de manter grupos, de trabalhos artesanais, e tal, foi muito mais direcionado essas atividades extras, né?! (...) esse trabalho com o grupo ele traz uma diferença na comunidade. A comunidade é receptiva a esse atendimento com o grupo, tá?! De atividades extras, né... De discutir questões que tem a ver com a realidade social deles (P3).

O trabalho em grupos e outras atividades diferentes daquelas do atendimento individual do consultório são interpretadas pelas ACS como de grande

importância para o tratamento em saúde mental na APS. Elas consideram que este tipo de trabalho não é desenvolvido de maneira satisfatória em razão de dois fatores: falta de estrutura física e capacitação dos profissionais. Além disso, considera o descompasso entre o que se planeja por parte dos gestores, e o que se encontra na prática.

(...) o pessoal da prefeitura, tipo assim, eles vivem a realidade deles lá e a gente vive a realidade da gente aqui. É diferente, porque tipo assim “manda fulano de tal ir lá e marca uma consulta agora” [refere-se às pessoas que administram a saúde], mas não sabe o quê que acontece no dia-a-dia da gente aqui, não conhece a nossa realidade, quem conhece é a gente, então acha tudo fácil. “Vão, faz isso!” (...) Geralmente acontece uma campanha, a campanha chegou. Mas não sabe se a gente tem pessoas disponíveis, se pode, se não pode, se vai dar tempo, não é mesmo? É, vamos supor, agora campanha de preventivo, quer tantas mulheres de preventivo colhido, mas não sabe disponível dia, primeiro qual a realidade do enfermeiro, porque se ele é homem, se ele é mulher, se ela vai querer, se num vai. A realidade aqui quem sabe é a gente. Igual os medicamento, o pessoal aí da psicologia. Às vezes a gente quer montar alguma coisa mas tipo assim: “monta aí!”, tá certo, a gente vai montar, mas cadê os recurso? Eles não preocupam em ajudar a gente com recurso nenhum, entendeu, a gente que tem se virar aqui mesmo e aí acaba a gente tirando do bolso da gente, usando qualquer coisinha, qualquer espaço, que às vezes dá pra fazer alguma coisa, num tá ruim, tá bom porque é melhor do que nada, mas podia ser melhor (AG1).

Sobre as atividades “diferentes” para a saúde mental, a ACS sugere:

(...) eu acho que sempre seria bom acontecer coisas diferentes pra eles [pacientes]. Por exemplo, aqueles que vem tratar com você, com a psicóloga, aqueles que não saem de casa não tem jeito né, mas aqueles que vêm sempre eu acho que tinha de ter sempre alguma coisa diferente pra eles fazer. Não tem! Porque primeiro aqui nessa unidade não tem estrutura pra isso, não tem, tipo assim, também tem que ter alguns profissionais capacitado também pra ajudar, porque só nós não vai adiantar, porque se surgir alguma questão que eu não posso responder, porque tem coisas que eu não sei responder (...) tipo assim um palestrante pra trazer alguma coisa diferente pra eles, porque não pode ficar só nesse mundo de psicologia, de remédio, consulta, tem que ter uma coisa diferente pra eles (AG1).

Observa-se neste relato que a agente de saúde indica a centralização da referência em saúde mental no profissional de psicologia na USF. Há a personificação do tratamento na figura do psicólogo. Sugere, ainda, que esta centralização é uma espécie de “aprisionamento”, motivo pelo qual os usuários devem ter algo “diferente”, trazido de fora. Esta centralização é indicada explicitamente em outro trecho desta entrevista, quando a ACS sugere a criação de um “centro de apoio para a área da psicologia” em que poderiam ser fornecidos cursos de formação para todos os funcionários da unidade, pois “até o pessoal da cozinha tem que saber lidar” com o usuário em sofrimento mental. Este “lidar” é colocado pela ACS como “tratar bem”, “entender” o usuário. Este treinamento, além de contemplar a demanda por parte do grupo das ACS, deveria também possibilitar que outro profissional acolhesse e conduzisse casos de crise na USF, no caso da não-presença da psicologia.

Às vezes também nós ACS, a gente faz a parte toda, mas a gente não tem assim muito recurso não, porque eu acho que a gente devia ter mais treinamento pra isso, a gente devia entender mais sobre isso [saúde mental], a gente não tem né? Tipo assim, saber mais sobre medicamento, um curso basicozinho pra gente saber só por enquanto assim o alto. Vamo supor que você tá de férias, Maria Aline, aí não tem o psicólogo dentro da unidade, a gente pra dar apoio até você voltar de férias, seria bom, a gente não tem isso. O médico, tipo assim, você saiu e o médico poder atender, tipo assim, não no seu lugar, não fazer a mesma coisa, mas só dar um suporte, chegou uma pessoa em crise aqui como é que vai fazer, se o psicólogo não tá aqui. “Maria Aline não tá aqui, vou mandar pro CLIPS”, não precisava ser assim (AG1).

Tanto para as ACS, quanto para o psicólogo entrevistado, a inserção da psicologia na USF é avaliada como um grande avanço do Programa de Saúde Mental, uma vez que contribuiu para a diminuição de internações psiquiátricas dos usuários acompanhados pela psicologia, numa tendência crescente de desospitalização do tratamento; e possibilitou o tratamento “em casa”. Um das agentes de saúde lembra o ponto-chave do treinamento que teve com o coordenador de saúde mental que se refere à dimensão substitutiva do serviço.

“(...) não se leva mais pra Barbacena, ou pro Galba Veloso. Se trata desse paciente em casa”. (...) o hospital dessa pessoa é em casa, é os familiares, juntamente com os psicólogo daqui mesmo, CLIPS... (AG2).

Na visão de outra ACS, o trabalho da psicologia direcionado à saúde mental nas unidades da APS tem por principal contribuição a proximidade da oferta de serviços ao local de moradia dos usuários.

Eu, eu penso assim, tipo assim, a pessoa não tem que sair do lugar perto da casa dela pra um lugar mais longe procurar um recurso mais longe. O recurso tá perto dela, o começo do recurso, pelo menos a metade do que tem já ajuda. Porque elas não tinham recurso nenhum pra eles. Igual eu tô falando, Galba Veloso ou psiquiatria, né? E eu acho que hoje os usuários já têm mais oportunidade (...) então eles já sabem que dentro da unidade de saúde eles podem vir saber que vai resolver o problema, se não vai resolver, por exemplo, tudo, mas a metade vai (AG1).

O psicólogo sugere que o Programa de Saúde Mental de Ipatinga é avançado por propor ações na APS, porém avalia que este Programa deve “ampliar os seus atendimentos” no sentido de um “suporte maior do Programa de Saúde Mental de abordagem da saúde mental na comunidade” (P3). Este psicólogo esclarece:

(...) o programa de saúde mental ele deveria ampliar, ampliar os seus atendimentos. E eu falo ampliar os atendimentos num é de estrutura física, somente, que é extremamente precário o atendimento (...) mas necessita de um suporte maior na estrutura física para atendimento pra saúde mental nas unidades de saúde, mas como também ampliar o processo de abordagem do programa de saúde mental na comunidade. Eu acho que isso é fundamental e a comunidade é extremamente receptiva a esse trabalho de grupo, né, essa orientação grupal. (...) porque dá resultado, a gente vê que dá um resultado. É fundamental, porque se nós trancafiármos dentro de consultórios, acreditando que de um em um nós vamos atender uma comunidade extremamente necessitada, nós num vamos. Eu acho que o psicólogo merece o suporte pra conseguir mais ampliar o seu atendimento na comunidade. (...) a gente já tá na ponta né?! (P3).

Na interpretação do psicólogo, o trabalho descentralizado em saúde mental deve ser interpretado para além da presença física do profissional de psicologia na USF, mas deve-se considerar as possibilidades de inserção do trabalho deste profissional na comunidade.

A gente fala que é atendimento de ponta, mas eu acho que essas extremidades podem ser muito mais, como se diz, os tentáculos podem ser alongados aí. E eu acho que é com esses tentáculos que a gente vai mais segurar os atendimentos na unidade de saúde, e as pessoas vão começar a vir mais, a entender mais o processo de cuidado com a saúde, e mais a prevenção né, a prevenção, pra que não ocorra mais outros casos de surto psicótico, mais quadros de depressão, de crises de ansiedade que poderiam lá na frente ser tomados como providência de precaução, né, num grupo desses. Porque a pessoa vem para o atendimento depois que tá em crise, depois que tá com um quadro agravado. Então a gente disseminando isso lá na ponta, já traz muito mais uma possibilidade de prevenção, do que só o atendimento de acolhimento que a gente fica dentro de consultório. Então o programa de saúde mental tem que trabalhar mais esse lado de prevenção, e prevenção é botar a cara na comunidade (P3).

“Botar a cara na comunidade” e a expansão da concepção com relação à saúde mental também foram sugestões das ACS para o Programa de Saúde Mental. Essas profissionais avaliam que a expansão deve levar a saúde mental a ser tema prioritário nas políticas de saúde, já que sofrimento humano em “todo lugar, todo mundo tem” (AG1).

(...) a saúde mental é escondida, não é saúde bucal, saúde bucal todo mundo fica sabendo, “êêê sorriso!”. Saúde mental tem, mas é só pra quem quer e precisa dela que aparece, não pra todo mundo. (...) tinha que falar de saúde mental igual fala de camisinha no carnaval, ou camisinha o ano inteiro, ou bebida alcoólica no volante (...) tem que ser porque senão nunca vai expandir, e isso não é só aqui que a gente tem problema, todos os lugares, tem lugar que nem tem vocês [psicólogos na APS] pra ajudar, pessoa como você, não tem. Fica a pessoa presa dentro de casa, amarra, a mãe amarra pra ir pra trabalhar, e a visão tem que ser ampla, né?! O Ministério de Saúde num envolve tudo? Então tem que fazer pra todo mundo, porque não é só aqui que tem pessoas que sofrem, né?! (...) Então

eu acho que teria que ser prioridade. Saúde mental tinha que ser o primeiro programa do SUS (AG1).

4.7 Ano de 2009: avanço, retrocesso, estagnação ou fim?

A trajetória da constituição do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, que tem como registro original a necessidade de integração da saúde mental com a APS, revela a complexidade de um processo local de desinstitucionalização psiquiátrica, cheio de idas e vindas, experimentações e intempéries políticas constantes. Essa trajetória é também muito representativa de um acúmulo de experiência para os profissionais que nela persistem, o que contribuiu para o reforço da descentralização da assistência em saúde mental. Porém, a entrada de novos profissionais em razão do concurso público do ano de 2007 é um indicativo de que a rede pode tomar outras configurações diferentes daquelas cristalizadas pela equipe antiga.

O momento de instabilidade política em todo o município trouxe mudanças significativas para o Programa de Saúde Mental. O reaparecimento repentino de um ex-técnico da equipe de saúde mental indicado pelo gestor interino da saúde para ser o coordenador municipal da área têm enfrentado certa resistência da equipe que perdeu seu antigo, constante e carismático líder - o entrevistado P1 - ainda no ano de 2008, em decorrência de desentendimentos não esclarecidos com a gestão anterior. Além disso, o gestor interino da saúde não acatou a indicação da equipe de uma psicóloga atuante na APS para ocupar o cargo da coordenação, fato que fortaleceu a resistência da equipe ao novo coordenador, ao mesmo tempo em que, associado às demissões que estão ocorrendo, a equipe tem perdido sua coesão interna.

A coordenação anterior, ao declarar para os colegas de equipe, em abril de 2009, que não reassumiria o cargo de coordenação, fez circular entre os membros um texto manuscrito, intitulado "Ponto", onde reconhece que os profissionais que se reúnem enquanto equipe de saúde mental não são os únicos responsáveis pela clínica da saúde mental no município e que, aquela equipe seria "no máximo, um projeto coletivo animado por causas singulares". O psicólogo preferiu "projeto" e não mais "programa", por interpretar que um projeto abarca a

imprevisibilidade, “ele se modifica e substitui-se a si mesmo em seu curso e em seus efeitos”. O técnico interpreta que é necessário que o “projeto” da saúde mental até então desenvolvido no município de Ipatinga seja concluído, e que algo novo seja inventado numa interlocução ampliada, e ao limite, com os diversos setores da sociedade.

O Programa de Saúde Mental de Ipatinga chega a mais um de seus “fins” e tenta um novo recomeço a partir da proposta, já aceita pelas instâncias gestoras, de implementação de um CAPS AD na cidade em meados do segundo semestre de 2009. Este projeto e propostas como a capacitação dos técnicos da saúde mental para o desenvolvimento de intervenções em grupos e a reorganização dos fluxos administrativos e de atendimento do CAPS já existente têm sido destacados no discurso do novo coordenador. Não se sabe ao certo como será o funcionamento do CAPS AD, nem ao menos quem determinará, numa palavra última, a equipe que trabalhará neste dispositivo. O que se observa é um distanciamento quase que unânime, principalmente dos psicólogos restantes na equipe, de uma participação ativa na discussão das ações futuras para o Programa. Com o foco no CAPS AD, a integração da saúde mental com a APS tem deixado de ser o tema principal nos encontros do grupo e, a sensação que fica, é que já não mais centralizará a rede de saúde mental de Ipatinga.

CONCLUSÃO

A pesquisa aqui apresentada buscou penetrar os desafios da reforma psiquiátrica no seu fazer cotidiano, a partir de um exemplo singular de transformações da assistência em saúde mental, com um olhar privilegiado para o detalhe e para o desenrolar do processo. O caso de Ipatinga é um processo rico em contradições, mas também em “ensaios”, o que atesta a importante abertura para a experimentação tão característica do campo da saúde coletiva e da saúde mental. Uma das principais contribuições dessa experiência é a constatação de que a integração da saúde mental na APS é um desafio permanentemente atravessado pelas condições históricas, ideológicas e políticas dos sistemas de saúde locais e da implicação de seus atores.

Pudemos observar que o Programa de Saúde Mental de Ipatinga, ao mesmo tempo em que se constituía, buscou consolidar uma assistência em saúde mental descentralizada a partir do trabalho desenvolvido pelos psicólogos na APS. Este profissional busca cotidianamente – e, solitariamente, já que não há equipes mínimas de saúde mental nas UBS/USF - parceria com as equipes de PSF, no intuito de construção da co-responsabilidade no cuidado em saúde mental e do trabalho em equipe. Faz parte dessa assistência descentralizada o ideal do serviço comunitário que, no caso de Ipatinga, é referido na existência de um profissional em saúde mental próximo da comunidade, mas não necessariamente inserido na dinâmica sociocultural desta comunidade. Este profissional se insere no leque de procedimentos e tratamentos em saúde que são oferecidos para determinadas comunidades o que ampliou a extensão do alcance de procedimentos técnicos à comunidade, processo facilitador da medicalização da vida. Tanto técnicos das equipes de saúde da família quanto os psicólogos presentes na APS não trabalham com a concepção radical de território. A partir da experiência de psicóloga na APS, percebo que estar na UBS/USF não quer dizer estar no território. É necessário descentralizar as ações também do centro de saúde, daquele estabelecimento organizado para acolher de maneira aberta à população circunscrita em seu território de referência. A prática das oficinas tem caminhado no sentido da construção de um serviço comunitário em várias USF da rede, porém em todas elas observamos a preferência dos técnicos pelo desenvolvimento de atividades no espaço físico das

próprias USF/UBS. Os “tentáculos” do Programa de Saúde Mental, conforme referência feita pelo entrevistado P3, não se “estenderam” para dentro do território existencial, político, social, histórico e cultural das comunidades de maneira a integrar em relações horizontais os saberes não-médicos e principalmente não-psicológicos àquele especialístico e medicalizante que se mantém como norteador das práticas dos psicólogos na APS.

A dualidade entre clínica e política é manifesta no caso de Ipatinga. O enfoque no trabalho do psicólogo retrata a ênfase na prática clínica, não exatamente a “clássica”, principalmente por se tratar de um serviço oferecido dentro do contexto de uma política pública. Trata-se da clínica exercida que,

em comum, os profissionais não possuem majoritariamente a condição de liberal autônomo, mas estão vinculados a órgãos públicos, organizações não-governamentais, projetos de trabalho em equipe ou alguma outra forma de inserção institucional (FERREIRA NETO, 2008, p.110).

A atividade clínica dos psicólogos da rede municipal de Ipatinga é elogiada pelos usuários e outros profissionais da rede há anos, porém pouco se fala sobre as intervenções socioculturais e discussões comunitárias sobre boas práticas em saúde mental, parcerias e diálogo com outros equipamentos sociais, que são precários. A referência a estas práticas são dirigidas ao trabalho desenvolvido pela “Associação Loucos por Você”. A ênfase dada na rede assistencial é ao tratamento, aos procedimentos técnicos em saúde, aqueles validados cientificamente, e que são respaldados por uma teoria. Não é intenção aqui avaliar o uso destas práticas, nem tampouco desfazer de sua validação no campo científico. Porém, intento em problematizar o escopo dessas ações, e o impacto que essas ações podem ter em sua extensão pela comunidade. Após presença da psicologia na USF Esperança II, podemos observar que há a diminuição da auto-medicação, mas não necessariamente do uso da medicação. Há um fluxo formalizado na rede que alivia a angústia dos profissionais, pois se sabe para onde encaminhar, mas não há um trabalho integrado, de intervenção sob outra égide que não seja a biomédica no território, local de origem de toda e qualquer linha de cuidado. O sofrimento humano, em seus diversos tipos e graus, torna-se psicopatologias, transtornos, objetos de

intervenção ou mesmo de alguma orientação que somente o psicólogo é autorizado a fazer. Tal fato reforça, associado a outros fatores organizacionais da rede, processos de medicalização do sofrimento humano e comunitário.

O imperativo da Reforma Psiquiátrica de construção da cidadania do louco é colocada na prática cotidiana em Ipatinga principalmente através do dispositivo das oficinas, seja no serviço do CAPS, seja na rede primária. Porém, as oficinas não se apresentaram como prioridade no Programa de Saúde Mental. As intervenções de cunho coletivo, comunitário e/ou sócio-político em saúde mental, quando desenvolvidas, são de iniciativa pessoal do profissional psicólogo, esteja ele auxiliado por outros técnicos da APS ou não. No caso do CLIPS, onde estão lotadas as duas únicas terapeutas ocupacionais da rede de saúde mental, às quais é endereçada a tarefa de responsabilização pelas oficinas, esse recurso, cumprindo papel na estabilização da crise, cobre também a necessidade do serviço de manutenção de pacientes em permanência-dia.

Não há no Programa um projeto único que desenhe a prioridade das atividades “extra-clínica” para toda a rede. Há o desenvolvimento dessas práticas, entendidas como componentes da clínica ampliada, porém são reconhecidas no domínio das práticas complementares ao tratamento clínico tradicional. O trabalho das TO, por exemplo, raramente extrapola as paredes do CLIPS, dialogando com a rede básica no momento de distribuição de materiais para oficinas, ou uma consulta rápida de sugestão para o trabalho em grupo nas UBS/USF. As intervenções de suporte ao familiar que coloque esse público enquanto objeto de cuidado tem sido timidamente discutido na elaboração do Plano Local de Saúde Mental para toda a rede. No ano de 2009, levantaram-se também a discussão com relação à participação do psicólogo da UBS em espaços sóciopolíticos e de garantia de direitos, como as Comissões Locais de Saúde e Conselhos.

Quanto à organização da assistência municipal em saúde mental, a rede de serviços de Ipatinga se manteve numa lógica hierarquizada, condizente com a dinâmica organizacional e histórico da constituição da APS no município. A diferença para a maioria das outras realidades municipais foi que, em contigüidade com a rede de saúde em geral que teve como centro as UBS, a rede de saúde mental de Ipatinga teve a pretensão de ser “basicocêntrica”. Porém, o que este estudo revela é que o elemento central e organizador da rede se reduziram à figura do psicólogo presente na UBS, o que ficou fortemente marcado após a saída de

todos os psiquiatras da Policlínica. Há uma avaliação positiva de tal fato, pois com o Programa de Saúde Mental, o centro da assistência não se pautou exclusivamente na psiquiatria. Porém o destaque para psicologia formalizado na rede apontou para a redução do adoecimento mental aos seus elementos psíquicos, sem haver um questionamento radical ao fundamento da exclusão que está presente não apenas na construção do manicômio, mas em toda a instituição psiquiátrica e nas instituições dessa decorrente. Se experimentarmos perguntar a um técnico na APS, ou mesmo da equipe de saúde mental se o psicólogo das UBS/USF poderia ser substituído por um terapeuta ocupacional, por exemplo, no mínimo o receptor da pergunta responderia com expressão de não compreensão indicando que este questionamento não teria pertinência. O que parece contraditório é que o exercício da “função-CAPS”, entendida como a nomeação simbólica da referência técnica em saúde mental nos moldes de uma clínica não-manicomial, não é definida tendo por base apenas as práticas e teorias originárias da psicologia. A “função-CAPS” deve indicar o exercício clínico e político dos técnicos de saúde na substituição cotidiana e permanente do modelo asilar psiquiátrico que segrega e tutela o louco. A psicologia e a psicanálise têm contribuído para a escuta do sujeito em sofrimento mental nos novos serviços e no direito de voz dessas pessoas. Porém a marca emblemática da reforma psiquiátrica não deve se restringir ao fazer de uma categoria profissional ou àquilo em que esse fazer contribui para a desconstrução do modelo psiquiátrico tradicional. Como em Ipatinga os psicólogos, desde o início da década de 1990, são a maioria na equipe de saúde mental, e os principais líderes da saúde mental elegidos pelo grupo foram psicólogos, há a compreensão local, principalmente por parte dos gestores de saúde e técnicos da APS, de que a saúde mental no município é feita pelos psicólogos. Apenas uma técnica, a assistente social protagonista do “ensaio”, se destaca no grupo dos psicólogos.

Como descrito nesse trabalho, no fim da década de 1990, os psicólogos das UBS iniciaram o movimento de reivindicação da referência central do cuidado das pessoas em sofrimento mental para a psicologia, escolhendo por clientela prioritária os pacientes em potencial para um CAPS. É interessante notar que este Programa só foi formalizado após a saída da psiquiatria da rede e entrada de uma psicóloga na gestão do Departamento de Atenção à Saúde. Não foram pensados ambulatorios ou centros interdisciplinares e de convivência para o trabalho em saúde mental, a não ser o CAPS. Esse dispositivo, além do atrativo do

financiamento específico por parte do governo federal, atraiu a equipe de Ipatinga no que tange ao atendimento às urgências. O CLIPS foi pensado como retaguarda necessária para o trabalho centrado nas UBS/USF. O esforço da equipe foi, e ainda o é, de colocar o CLIPS no lugar do dispositivo para as urgências, até a estabilização da crise, momento em que se é possível contra-referenciar às equipes das UBS/USF. O acompanhamento ambulatorial, muito recentemente criticado pela equipe, ficaria a cargo da psicologia e das equipes de saúde da família, numa assistência feita localmente, com o suporte de um médico clínico lotado na Policlínica.

A não necessidade da psiquiatria se tornou a principal bandeira reformista da equipe. Após a construção do CAPS, a equipe recorreu à psiquiatria para as urgências, esgotados os recursos das UBS/USF para estes casos. Na história recente do Programa, observa-se a busca pela psiquiatria para o trabalho da preceptoría, principalmente para o suporte dos médicos clínicos generalistas na medicação de psicofármacos. De forma sintética, a Reforma Psiquiátrica para o Programa de Saúde Mental de Ipatinga foi incorporada através dos seguintes imperativos: evitamento de internações (desospitalização); escuta do sujeito (acolhimento aberto e atendimentos clínicos feitos pelo psicólogo); assistência local (atendimento descentralizado pelo psicólogo na APS próximo ao local de moradia do sujeito, numa unidade de saúde não-psiquiátrica); evitamento dos atendimentos psiquiátricos (extinção do serviço ambulatorial de psiquiatria e transferência para o médico clínico da Policlínica, da APS, e para o psicólogo). Nessa lógica, os temores da equipe de um retrocesso estão pautados num retorno às internações e psiquiatria ambulatorial, e à retirada do acolhimento aberto dos psicólogos nas UBS/USF.

O interessante na experiência do acolhimento em saúde mental de Ipatinga é que ela tem conseguido manter características divergentes de experiências consideradas exitosas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A experiência brasileira de integração da saúde mental com a APS publicada pela OMS em conjunto com a Organização Mundial de Médicos da Família no ano de 2008 refere-se à assistência em saúde mental desenvolvida do município de Sobral, Ceará. Neste município, a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental constitui-se de dispositivos diversificados, dentre eles CAPS, ambulatórios psiquiátricos regionalizados e serviços residenciais terapêuticos. A Estratégia de Saúde da Família é considerado um dos principais dispositivos dessa rede que tem por

suporte o serviço das equipes matriciais de saúde mental. Os técnicos atuantes na APS são profissionais de ocupação diversificada e tem por proposta a saúde mental comunitária. Os casos de pessoas em sofrimento mental são acolhidos e acompanhados de maneira contínua pelas equipes de saúde da família de referência. Os casos de urgência e/ou não manejáveis com os recursos oferecidos pela APS são avaliados por uma equipe de suporte em saúde mental que realiza visitas periódicas às unidades de saúde, ou encaminhados para o CAPS. Os encontros entre equipe de saúde mental e equipes de saúde da família têm contribuído para o desenvolvimento da autonomia e otimização do manejo dos casos de saúde mental pelos técnicos da APS (OMS, 2008). Há a oferta de serviço semelhante em Ipatinga, porém o que diferencia essas experiências é o acolhimento na APS.

Em Ipatinga, há o acolhimento diferenciado e especializado para a clientela da saúde mental realizado pelo profissional em psicologia na APS, já em Sobral esse acolhimento é feito pelas equipes de saúde da família. A corresponsabilidade do cuidado em saúde mental não é incorporada no cotidiano da APS principalmente pela presença da psicologia no mesmo espaço técnico-assistencial de trabalho das equipes de saúde da família que oferece um acolhimento aberto onde recebe encaminhamentos de qualquer outro equipamento da rede pública, privada e social, além da demanda espontânea. Este serviço desobriga as equipes de saúde da família, na prática, do acolhimento em saúde mental. O acolhimento em saúde mental pelos psicólogos nas UBS foi institucionalizado, na origem do Programa Municipal de Saúde Mental, como o ponto principal da rede para a avaliação inicial de todos os casos considerados psiquiátricos ou psicológicos. Não há necessidade de avaliação do acolhimento da enfermagem da equipe de referência, por exemplo, para se ter acesso ao acolhimento da psicologia, pois este é oferecido em esquema de porta-aberta.

O desafio da integração da Saúde Mental na APS no caso de Ipatinga está posto, portanto, na maneira como os profissionais de psicologia ofertam seus serviços na APS e compartilham a clientela da saúde mental com os demais técnicos da APS. Com a inexistência de encontros ampliados entre esses profissionais percebe-se que a temática ainda é pouco difundida, o que dificulta ainda mais a participação e o controle social em prol da melhoria da assistência e da

garantia de direitos dos usuários da saúde mental, princípios importantes na lógica do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Poderíamos discutir ainda muitos aspectos apontados por este estudo de caso. Certamente ele serviu para indicar temas ainda não problematizados no processo de reforma psiquiátrica local como, por exemplo: inexistência de um programa de capacitação e atualização dos profissionais da rede; benefícios de uma seleção interna ou mesmo da escuta das afinidades e formação dos profissionais que já atuam e aqueles que são inseridos via concurso público na rede, para contemplação satisfatória dos postos de trabalho oferecidos; ausência de cultura de registro interno de dados, produção de indicadores e incorporação da avaliação na rotina do trabalho o que dificultou elaborar até uma “fotografia” atual da atuação do Programa de Saúde Mental no município; e, ainda, a ocupação de cargos gerenciais via indicação política e não por competência técnica, o que gerou como observei na minha própria unidade de trabalho, um trabalho fragmentado – muitos conhecem apenas a unidade que gerencia e não possuem uma visão geral da rede de saúde⁵⁹ – e muito distante dos princípios propostos pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica.

Retomando o histórico do Programa de Saúde Mental de Ipatinga outros questionamentos também emergem: Poderia uma rede de saúde mental, tendo por centro a APS, suportar todo o cuidado em saúde mental? Poderíamos promover a radicalização total da desinstitucionalização psiquiátrica de modo que os dispositivos substitutivos substituam a si mesmos? Quais os dispositivos que têm impactado de maneira positiva o processo de radicalização da desinstitucionalização psiquiátrica: aqueles referentes ao tratamento especializado ou aqueles originalmente comunitários não-especialísticos?

⁵⁹ Para ilustrar esse desconhecimento, certa vez, minha gerente na época solicitou que eu retornasse à USF, pois já havia cumprido minha jornada diária e estava a caminho do ponto de ônibus. O mensageiro, um usuário, veio me encontrar de bicicleta dizendo que “alguma coisa estava errada”. Ao retornar a unidade, a gerente estava ao telefone, aparentando um “não-sei-o-que-fazer”. Ela interrompe a ligação e me relata que uma usuária estava em “crise”, “tirando a roupa na rua” em frente a uma outra unidade de saúde e me perguntou o que eu poderia fazer naquele momento. Respondi que, se a usuária estava em crise, era necessário entrar em contato com a família e encaminhá-la ao CLIPS. Questionei também sobre o porquê da equipe de saúde dessa unidade não ter tentado nenhuma abordagem. A resposta que tive foi que não havia psicólogo na USF naquele momento para o atendimento. A gerente, então, me solicitou um encaminhamento e pediu que eu confirmasse onde era o CLIPS. Não pude esconder minha cara de espanto pelo desconhecimento por parte da gerente do funcionamento do CAPS. Esclareci que este dispositivo funcionava de “porta-aberta” e que não necessitaria da minha assinatura para encaminhar a usuária. A gerente mostrou-se muito agradecida. Eu, porém, não consegui chegar a tempo do horário do meu ônibus (Anotação de caderno de campo do mês de março de 2008).

Como constataam tantos estudos, há um distanciamento real entre aquilo que nos é apresentado na formação acadêmica e aquilo que norteia as práticas nos novos dispositivos sanitários. É evidente, portanto, a importância de pesquisa e capacitação estarem integrados à prática cotidiana dos serviços. O que merece ser mais bem tratado na formação, na prática e na gestão é o desenvolvimento de habilidades dos técnicos e de estratégias nos serviços para que os novos dispositivos, ultrapassando a trajetória reformista antimanicomial, possam problematizar e responder aos desafios propostos pelo território. Os desafios atuais da Reforma Psiquiátrica, um período já conhecido como pós-antimanicomial, referem-se, portanto, à integração da saúde mental aos demais dispositivos territorializados gerados pela Reforma Sanitária, de maneira especial à APS.

Na leitura atual do caso apresentado nesta pesquisa podemos concluir que a integração desejada passa, necessariamente, pela desconstrução do lugar simbólico e prático do profissional especializado na rede – em Ipatinga, o psicólogo; em outros municípios, a equipe de saúde mental – e pela maneira como os serviços se organizam em rede. Essa desconstrução, mais do que uma cobrança aos outros técnicos da APS e aos gestores, deve acontecer a partir dos próprios técnicos especialistas. Além disso, um processo profundo de reordenação do trabalho em saúde deve ser realizado. A rede, ideal preconizado pelas linhas-guia e pelos movimentos militantes, é que deve organizar os serviços, e não o contrário. Certamente essa é uma orientação de difícil visualização, principalmente em razão do conceito de rede estar presente em nosso imaginário como uma entidade abstrata. Porém, o desafio da integração da saúde mental com a APS aponta para uma rede de saúde no SUS que não deve se constituir a partir de um serviço apenas - da APS ou do CAPS, por exemplo – pois esse serviço acaba por se tornar central e concentrador, como foi o caso do serviço de psicologia na APS de Ipatinga. A proposta, portanto, se aproxima mais de uma poliarquia em que os serviços territoriais tornem-se cada vez mais abertos ao próprio território, e menos de uma rede hierarquizada em que os serviços se fecham em si mesmos.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, P. (org.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1995.

ANDRADE, L.O.; BARRETO, I.C. & BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec - Editora Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANDRÉ, M. E. D. A. Fundamentos da pesquisa etnográfica. In: ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. 13. ed. Campinas: Papirus, 2007. Parte I, p. 15 – 64.

BARROS, D. D. Cidadania *versus* periculosidade social: A desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 8, p. 171 – 194.

BATISTA, E. C. **Saúde é democracia?** Experiência da participação popular no município de Ipatinga. 2005. 129 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

BECKER, H.S. Observação Social e Estudos de Caso Sociais. In: BECKER, H.S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. Cap. 5, p. 117 – 133.

BERGER, P.; BERGER, B. & KELLNER, H. Pluralización de los Mundos de Vida Social. In: BERGER, P.; BERGER, B. & KELLNER, H. **Un mundo sin hogar**: modernización y conciencia (Tradução por J. García-Abril). Santander: Sal Terrae, 1979. (Publicação original de 1973). Cap. 3, p. 63 – 80.

BORGES, A. Aspectos da Organização do serviço de Saúde Mental em Ipatinga. **Diálogos em Saúde Mental II** – Revista da Comissão Científica da Associação Mineira de Psiquiatria. Belo Horizonte, n.2, p. 13-18. 2006.

BORGES, A. Uma forma de apresentação da Psicanálise no serviço de Saúde Mental. **C:\> Cartas de Psicanálise** - A Psicanálise aplicada ao campo de saúde mental. Ipatinga, ano 1, n. 1, p. 62-65, dez. 2004.

BORGES, A. Sobre o cotidiano na unidade de saúde. **Psicólogo em Unidade de Saúde: Canaã, Ipatinga, Minas Gerais**. [entre 2001 – 2002]. Ipatinga, Minas Gerais. Não Publicado.

BRASIL. Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. 2001. Disponível em

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf>. Acessado em: 15/02/2009.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). 1990. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acessado em 12/04/2008

BRASIL. Lei 10.216 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. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 12.684, de 1º de dezembro de 1997. Altera a Lei no 11.802, de 19 de janeiro de 1995, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

GUERRA, J. T. & GODOY, C. O. A construção da gestão participativa do SUS: ampliando a cidadania, o direito e o conhecimento do processo saúde – doença - cuidado no sub-setor saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: Trabalhos Premiados e Menções Honrosas – resumos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. p. 57-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acessado em 14/07/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>
Acessado em 08/10/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos". **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria no 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria GM nº 626, de 1º de abril de 2002. Esta portaria determina que os recursos destinados ao custeio dos CAPS definidos na Portaria SAS no 336 e no 189 sejam incluídos no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), sendo recursos extra-teto, garantindo também a utilização dos mesmos para os procedimentos previstos. Define também, o plano de expansão da rede de CAPS no País para 2002. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde,

Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria GM nº 1065, de 4 de julho de 2005.** Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>>. Acessado em 08/03/2008.

BRASIL. Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulamentação da Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA_154_NASF.doc>. Acessado em 13/03/2008.

BRASIL. **Portaria nº 2.867, de 27 de novembro de 2008.** Estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios e redefine o rol de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS financiados pelo FAEC. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria2867_27_11_08.pdf>. Acessado em 19/03/2008.

BRASIL. Portaria SAS nº 189, 20 de março de 2002. Altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria SNAS nº 189, 19 de novembro de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública.** vol.23, n.2, p. 399-407. 2007.

CARVALHO, J. L. Contribuições da Psicanálise a um serviço de saúde mental da rede pública. **C:\> Cartas de Psicanálise** - A Psicanálise aplicada ao campo de saúde mental. Ipatinga, ano 1, n. 1, p. 52-55, dez. 2004.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B; & CORDONI JR., L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M; SOARES, D. A & CORDONI JR., L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. Cap. 2, 27 – 60.

CARVALHO, S. R. O movimento da Saúde Coletiva no Brasil. In: CARVALHO S.R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005. Cap. 5, p. 95 – 110.

COSTA, R. P. **Organização dos Serviços de Saúde Mental no município de Ipatinga**. 1993. 50 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental. Área de Concentração: Gerenciamento). Fundação Ezequiel Dias, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Belo Horizonte. Não publicado.

COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59. jan./dez. 2008.

CUNHA, T. G. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: HUCITEC, 2005.

DESVIAT, M. Os Primeiros Movimentos De Reforma Psiquiátrica (I). In: DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Cap. 2, p. 23 – 51.

FERREIRA NETO, J. L. F. Práticas Transversalizadas da Clínica em Saúde Mental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 21 (1), p. 110-118. 2008.

GEERTZ, C. **O Saber Local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. 9. ed. Tradução por Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 2007.

GEERTZ, C. Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989. I Parte, p. 13-41.

GEERTZ, C. A situação atual. In: GEERTZ, C. **Nova Luz sobre a Antropologia**. Tradução por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001b. Cap. 5, p. 86 – 130.

GEERTZ, C. Paisagem e acidente: Uma vida de aprendizagem. In: GEERTZ, C. **Nova Luz sobre a Antropologia**. Tradução por Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001a. Cap. 1, p. 15 – 29.

GODOY, C. O. Loucos por você! In: Conselho Federal de Psicologia (org). **Loucura Ética e Política**: Escritos Militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 59 - 65.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar** - como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Editora Record, 2005.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 2 ed. Saúde Loucura, 20. Série Políticas do desejo. São Paulo: HUCITEC, 2007.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. **Saúde Mental e Saúde da Família**. Coleção Saúde Loucura, n.7. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 11-52.

LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno de textos**. Brasília, 2001.p. 84-89.

LANCETTI, A & AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. et al (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC - Editora Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LIMA, C. M. G. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1. p. 21-30. jan. 1996.

LOBOSQUE, A. M. Clínica em Movimento: o cotidiano de um serviço substitutivo em Saúde Mental. In: LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento**: Por uma Sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. Parte I, p. 17 – 40.

HESS, R. O Movimento da obra de René Lourau (1933 – 2000). In: ALTOÉ, S. (org) **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 15-46.

LÜDKE, M & ANDRÉ, M. E. D. A. Abordagens qualitativas de pesquisa: a pesquisa etnográfica e o estudo de caso. In: ANDRÉ, M. E. D. A. & LÜDKE, M. **Pesquisa em educação**: Abordagens qualitativas. 9ª reimpressão. São Paulo: EPU, 2005. Cap. 2, p. 11 – 24.

MEANA, F. R. Apresentação. In: KALIL, M. E. X. (org). **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. Coleção Saúde e Loucura (textos) 7. São Paulo – Salvador: HUCITEC, 1992. p. 9 – 11.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. Cap. 3, p.117-60.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Saúde em Casa. Maria Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238p.

MOREIRA, M.; FRANCO, R. **Proposta de Consultoria ao Projeto de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Ipatinga**. Ipatinga, Minas Gerais. 2003. Não publicado.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da Saúde Mental e a formação do profissional de Saúde Mental no contexto da promoção da saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 38-48. jan./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata, 1978**. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm> >. Acessado em: 01/03/2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DA FAMÍLIA. **Integrating mental health into primary care: A global perspective**. Singapore: WHO Library, 2008.

PASSOS, I. C. F. Modelos Estrangeiros de Políticas de Saúde: Indagações para nossa Reforma Psiquiátrica. **Vertentes**. n. 18. p.07-17. jul/dez. 2001.

PASSOS, I. C. F. & BEATO, M.S. Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da História da Loucura de Foucault para investigações etnográficas. **Psychê**. São Paulo, ano VII, n. 12, p. 137-158. jul-dez. 2003.

ROTELLI, F. Superando o manicômio – O Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 7, p. 149 – 170.

PEIRANO, M. G. S. **A favor da etnografia**. Série Antropologia (130). Brasília: DAN/UNB. 1992. 21p.

SILVA, A. M. R. et al. A Unidade Básica de Saúde e seu Território. In: ANDRADE, S. M; SOARES, D. A & CORDONI JR., L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. Cap. 8, p. 145 – 160

SOUSA, L. B. & BARROSO, M. G. T. Pesquisa Etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**. 12 (1), p. 150 – 5. mar. 2008.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol 9(1), p. 25 – 59. jan / abr. 2002.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 9 (18), p. 61-76. jan/jun. 2006a.

TESSER, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 10 (20), p. 347-362. jul/dez. 2006b.

VASCONCELOS, E. M. Breve Periodização Histórica Do Processo De Reforma Psiquiátrica No Brasil Recente. In: VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental E Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Cortez, 2000. Cap. 1, p. 19 – 34.

VIÉGAS, L. S. Reflexões sobre a pesquisa etnográfica em Psicologia e Educação. **Diálogos Possíveis**. Ano 06, n. 1. jan/jun. 2007. p. 101-124. Disponível em <
<http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/>
Acessado em 09/03/2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO

Projeto de Pesquisa: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO MENTAL

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO ENTREVISTADO

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Esta pesquisa tem por objetivo conhecer e analisar as práticas em saúde mental desenvolvidas no âmbito das ações de equipes de saúde da família em Ipatinga - MG. Será focalizado na análise o uso de psicofármacos.

PROCEDIMENTOS E CONFIDENCIALIDADE:

Ao concordar em participar da pesquisa, você será entrevistado em um local de sua concordância. A entrevista será CONFIDENCIAL. Seu nome NUNCA será revelado. Os relatórios e resultados desta pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação pessoal.

Para garantir a qualidade dos dados, solicitamos a sua aprovação para que a entrevista seja gravada. A pesquisadora fará uma devolução sobre os dados analisados ao final da pesquisa.

CONSENTIMENTO:

Sei que minha participação é totalmente voluntária e que poderei recusar ou abandonar este estudo sem qualquer prejuízo pessoal. Todas as informações por mim prestadas serão sigilosas e utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Eu li este formulário e recebi uma cópia do mesmo. A outra cópia foi entregue à entrevistadora.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura da entrevistadora

Maria Aline Gomes Barboza - Pesquisadora responsável - (31) 8674 – 5332
Universidade Federal de Minas Gerais / Mestrado em Psicologia – (31) 3409-5042

APÊNDICE B

QUADRO DE ENTREVISTADOS

Entrevistado	Cargo	Tempo de trabalho na rede de saúde mental	Escolaridade	Data da entrevista
AG1 e AG2	Agentes comunitários de saúde contratadas	Desde 2002	Curso nível médio	07/11/2008
P1	Psicólogo concursado e ex-coordenador do Programa de Saúde Mental	Desde 1992	Mestrando em Psicologia (Psicanálise)	11/11/2008 e 25/11/2008
P2	Psiquiatra concursado do CLIPS (CAPS) e preceptor em saúde mental na APS.	2000 a 2003 (médico do PSF). Retornou para a rede em 2007 como psiquiatra do CLIPS	Residência em Psiquiatria	19/11/2008
P3	Psicólogo contratado. Iniciou trabalho da psicologia nas USF Esperança II e Nova Esperança.	Desde 2006	Especialização em Gestão Estratégica de Recursos Humanos	24/11/2008

APÊNDICE C

RELAÇÃO DAS ATAS CONSULTADAS

ATAS⁶⁰ DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DE IPATINGA	IDENTIFICAÇÃO NO TEXTO
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 16/06/92.	A1
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 26/06/92.	A2
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 02/10/92.	A3
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 06/11/92.	A4
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 11/12/92.	A5
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 24/01/94.	A6
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 31/01/94.	A7
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 07/02/94.	A8
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 08/08/94.	A9
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 22/08/94.	A10
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 12/09/94.	A11
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 26/09/94.	A12

⁶⁰ As atas citadas neste trabalho estão contidas no quadro acima com a respectiva identificação feita no texto. Todas elas estão no Livro de Atas do Programa de Saúde Mental do ano de 1992 a 1995 onde constam descritas 47 reuniões da equipe. Não foram encontradas durante o período de busca de dados livros de atas de outros períodos, apenas cadernos com anotações pessoais da coordenação da saúde mental dos primeiros anos da década de 2000.

Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: ? / 09/95.	A13
Reunião do Programa de Saúde Mental de Ipatinga, Minas Gerais. Ata de reunião: 05/12/95.	A14

APÊNDICE D

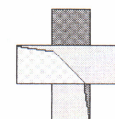
DOCUMENTOS ⁶¹ INTERNOS DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL DE IPATINGA

DOCUMENTO	IDENTIFICAÇÃO NO TEXTO
Projeto do Centro de Referência em Saúde Mental (Atenção ao Adulto). Equipe de Saúde Mental de Ipatinga. SMS/PMI. 1993. Ipatinga, Minas Gerais.	D1
Sobre os critérios do Programa de Saúde Mental. Informativo Interno. Coordenação Municipal de Saúde Mental/DEASA/SMS/PMI. [entre 2001 – 2005]. Ipatinga, Minas Gerais.	D2
Saúde Mental em Ipatinga: Clínica, Alegria, Cidadania. Informativo Interno. Coordenação Municipal de Saúde Mental/DEASA/SMS/PMI. 20/08/2006. Ipatinga, Minas Gerais.	D3
Relatório Síntese do Seminário Municipal de Saúde Mental de Ipatinga. Seminário Municipal de Saúde Mental (2007). Coordenação Municipal de Saúde Mental/DEASA/SMS/PMI. 19/06/2007. Ipatinga, Minas Gerais.	D4
Projeto do Plano Local de Saúde Mental. Comissão Científica da equipe de saúde mental. Programa Municipal de Saúde Mental/DEASA/SMS/PMI. 2008-2009. Ipatinga, Minas Gerais.	D5

⁶¹ Os documentos citados no texto são relatórios e informativos internos produzidos pelos membros da equipe de saúde mental e que circularam nos serviços, endereçados aos técnicos de saúde da saúde mental e da rede como um todo.

ANEXOS**ANEXO A****AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA
Secretaria de Saúde
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Ofício nº 073/09

Ipatinga, 03 de abril de 2009

À Srta. Maria Aline Gomes Barboza
Aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado - UFMG


Venho através deste manifestar parecer favorável à realização e publicação da pesquisa de título provisório “Estratégia de Saúde da Família e Medicalização do Sofrimento Mental: Estudos de Casos”, encaminhado para apreciação do Departamento de Atenção em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – PMI, pela psicóloga Maria Aline Gomes Barboza, sob orientação da Profa. Dra. Izabel Christína Friche Passos (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFMG).

Atenciosamente,

1



Andréia Carla de Souza
Diretora do Departamento de Atenção à Saúde



Fabiano Moreira da Silva
Secretário de Saúde

ANEXO B

Breve descrição da rede municipal de saúde de Ipatinga – MG⁶²

O município de Ipatinga-MG, localizado a 224 quilômetros de Belo Horizonte, é um dos principais municípios da região metropolitana do Vale do Aço. A história desse município está intimamente ligada à implantação da USIMINAS (Usina Intendente Câmara) iniciada no ano de 1956. Com as notícias de que se instalaria na região uma grande usina siderúrgica, foi grande a chegada de aventureiros, antes mesmo de sua instalação. Isso aumentou a necessidade de um planejamento para a cidade. Os empregados da empresa foram instalados em acampamentos improvisados, distribuídos por toda a extensão do distrito. Os aventureiros amontoaram seus barracos nas vias públicas e praças. O planejamento urbano refletiu a hierarquia existente na empresa, sendo que a ocupação do espaço obedeceu a divisão de cargos: bairros para operários, bairros para técnicos, bairros para engenheiros, bairros para diretores da empresa. Com o crescimento rápido, tornou-se fundamental que Ipatinga tivesse autonomia administrativa, tomando ares de cidade. A emancipação do município de Ipatinga ocorreu em 29 de abril de 1964.

A população total desse município estimada pelo IBGE para o ano de 2007 é de 238.397 habitantes.

A rede pública de saúde no município conta atualmente com a seguinte estrutura:

- 19 Unidades Básicas de Saúde onde encontram-se em funcionamento 36 equipes do Programa de Saúde da Família;
- 01 Policlínica Municipal onde são realizados atendimentos de consultas e procedimentos especializados (mamografia, raio X, ultrassonografia, eletrocardiograma, tratamento com fisioterapia e fonoaudiologia);
- 01 Centro de Atenção Psicossocial, modalidade II, chamado de Clínica Psicossocial (CLIPS);

⁶² Fonte: Site oficial da Prefeitura Municipal de Ipatinga-MG (www.ipatinga.mg.gov.br). Acesso em 28 de junho de 2008.

- 01 Laboratório público para análises clínicas com a capacidade de realizar 50.000 exames mensais;
- 01 Hospital Municipal onde encontram-se implantados 10 leitos de Unidade de Cuidados Intensivos – UCI;
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST;
- 01 Centro de Controle de Doenças Infecto-parasitárias – CCDIP – que funciona atualmente em uma Unidade Básica de Saúde;
- 03 bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – contando com uma frota composta por 8 veículos, sendo 7 ambulâncias e um carro de apoio;
- 26 Equipes de Saúde Bucal inseridas nas Unidades de Saúde da Família;
- 03 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
- 01 Laboratório Fitoterápico (Farmácia Verde) com capacidade para produzir diversos medicamentos que são utilizados na assistência médica e odontológica.

Além desses equipamentos públicos municipais, a rede de saúde da cidade conta com os seguintes prestadores de serviços credenciados ao SUS:

- Hospital Márcio Cunha, com fins filantrópicos, credenciado para serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar como: oncologia, terapia renal substitutiva, hemoterapia, tomografia computadorizada, neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, referência em gestação de alto risco, 5 leitos UTI neonatal, 5 leitos de UTI pediátrica e 10 leitos de UTI adulto;
 - Clínicas de fisioterapia;
 - Laboratório de Análises Clínicas;
 - Laboratório de Anatomopatologia;
 - Serviços de Órtese e Prótese;
 - Clínicas para consultas especializadas;
 - Serviços pactuados, via Programação Pactuada e Integrada, em outros municípios, principalmente no que se refere a alta complexidade como ressonância magnética e cirurgias ortopédicas;
 - Cirurgias oftalmológicas de catarata e pterígio;

Há os seguintes programas especiais da Secretaria Municipal de Saúde:

- Entrega em domicílio de medicamentos de controle;
- Confecção de óculos para usuários do serviço público;
- Farmácia Popular do Brasil (venda de medicamentos com até 90% de descontos)
- Descentralização da coleta de exames laboratoriais;
- Unidade Móvel Odontológica.

As ações da APS e assistência em saúde mental estão vinculadas ao Departamento de Atenção à Saúde – DEASA.