



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - ICSA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, JORNALISMO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Jucimar Aparecida de Figueiredo

Desafios e impedimentos na interação entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e do CAPS II na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental no município de Ouro Preto.

Mariana-MG

2018

Jucimar Aparecida de Figueiredo

Desafios e impedimentos na interação entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e do CAPS II na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental no município de Ouro Preto.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Dr^a. Cristiane Silva Tomaz
Co-orientadora: Professora Ms. Regina Célia da Cruz

Mariana-MG

2018

F475d

Figueiredo, Jucimar Figueiredo.

Desafios e impedimentos na interação entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e do CAPS II na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental no município de Ouro Preto [manuscrito] / Jucimar Figueiredo Figueiredo. - 2018.

86f.:

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane Silva Tomaz.

Coorientadora: Prof^a. MSc^a. Regina Célia da Cruz.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social.

1. Centro de Atenção Psicossocial . 2. Saúde Mental. 3. Pessoal da área de saúde pública. I. Tomaz, Cristiane Silva . II. Cruz, Regina Célia da. III. Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

Catálogo: ficha.sisbin@ufop.edu.br

CDU: 364.62

“ Desafios e impedimentos na interação entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e do CAPS II na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental no município de Ouro Preto”

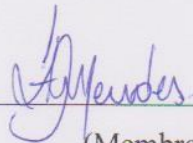
Jucimar Aparecida de Figueiredo

ORIENTADOR (A): Dr^a Cristiane Tomaz

CO-ORIENTADOR: Ms Regina Célia

Trabalho de Conclusão de Curso submetida ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

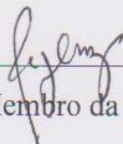
Aprovado em: 11 / 12 / 2018



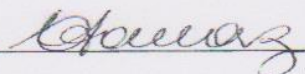
(Membro da banca)



(Membro da banca)



(Membro da banca)



(Professor orientador)

A conjuntura presente, que intensifica o risco das conquistas duramente obtidas, exige um posicionamento que reafirme e radicalize nossos horizontes. É preciso sustentar que uma sociedade sem manicômios reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um; que a vida é o valor fundamental; que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, socialista e anticapitalista.” (Carta de Bauru - 30 anos, dezembro de 2017).

RESUMO

Este trabalho traz como discussão a interação entre os profissionais da Atenção Básica à Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município de Ouro Preto/MG, no processo de produção do cuidado à pessoa com transtorno mental, com o objetivo principal de compreender os desafios e impedimentos para uma atuação integrada entre esses profissionais. Desta forma, foi apresentado o processo histórico da Reforma Psiquiátrica e as políticas que regulamentam esses serviços, a fim de estabelecer uma relação entre eles, além de apontar as propostas e ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para que tal articulação aconteça. A pesquisa de campo contou com a colaboração de duas equipes de Saúde da Família, sendo um médico e um enfermeiro de cada Unidade Básica de Saúde e três profissionais da referência técnica, atuantes no serviço de CAPS II, esses encontros possibilitaram discussões amplas sobre o papel do CAPS e a sua real atuação no serviço de saúde mental no município, os desafios para a efetivação do matriciamento, os limites na prática da referência e contra referência, e os impactos da saída do Núcleo de Apoio à Saúde da Família nas estratégias de promoção, prevenção e no cuidado integral dos usuários de ambos os serviços, pois fragilizou a interação entre os profissionais da Atenção Básica e do CAPS II.

Palavras-chaves: Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Saúde Mental e cuidado integral.

ABSTRACT

This paper discusses the interaction between the primary health care professionals and the Psychosocial Care Center (CAPS II) in Ouro Preto/MG, in the process of producing care for the person with mental disorder, with the main objective of To understand the challenges and impediments to an integrated action among these professionals. Thus, the historical process of the psychiatric reform was presented and the policies that regulate these services, in order to establish a relationship between them, in addition to pointing out the proposals and actions developed by the Ministry of Health so that this Articulation to happen. The field research was based on the collaboration of two family health teams, being one physician and one nurse from each basic health unit and three professionals from the technical reference, working in the CAPS II service, these meetings enabled discussions Broad about the role of CAPS and its real performance in the mental health service in the city, the challenges for the realization of the Matrix, the limits in the practice of reference and against reference, and the impacts of the output of the Family Health Support Center in the strategies D and promotion, prevention and integral care of the users of both services, because it weakened the interaction between the professionals of primary care and CAPS II.

Key words: Primary care, Psychosocial Care Center (CAPS), Mental Health and Integral care.

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEBES Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CGMAD Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

CGSM Coordenação Geral de Saúde Mental

CNS Conferência Nacional de Saúde

CNSM Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASP Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

DAB Departamento de Atenção Básica

DINSAM Divisão Nacional de Saúde Mental

eAB Equipe de Atenção Básica

eSF Equipe de Saúde da Família

ESF Estratégia de Saúde da Família

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MPAS Ministério da Previdência e Assistência social

MS Ministério da Saúde

MTSM Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nasf-AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PD Permanência Dia

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PTS Projeto Terapêutico Singular

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

REME Movimento de Renovação Médica

RT Referência Técnica

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	15
1.1 Sistema de Saúde Pública	15
1.2 Política Nacional da Atenção Básica, avanços e retrocessos	17
1.3 Atenção Básica á Saúde e as particularidades no município de Ouro Preto.....	24
CAPÍTULO II - REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS FORMAS DE PRODUZIR O CUIDADO	34
2.1 Trajetória da Reforma Psiquiátrica	34
2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil	39
2.3 Centro de Atenção Psicossocial e o CAPS II de Ouro Preto.....	52
CAPÍTULO III - PROPOSTAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL	65
3.1 Ações para a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica.....	65
3.2 Matriciamento como estratégia de cuidado	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS.....	83

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em um estudo sobre a interação entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), do município de Ouro Preto-MG. O interesse por esse debate nasceu de uma inquietação, primeiramente como profissional da Atenção Básica (AB), atuando como Agente Comunitária de Saúde e posteriormente, por meio do processo de formação acadêmica do curso de graduação de serviço social, como estagiária inserida no serviço de Saúde Mental, CAPS II.

A partir da vivência no campo de estágio e observando a atuação da equipe multiprofissional no cuidado da pessoa com transtorno mental somado a minha atuação como profissional da AB foi possível perceber o quanto que o tema saúde mental é pouco debatido nos serviços realizados pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a elaboração de estratégias de promoção, prevenção e cuidado voltadas para esse público parece não ser uma constante entre os profissionais da AB. Partindo do pressuposto que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece a AB como porta de entrada do usuário para a Rede de Atenção a Saúde, torna se indispensável esse trabalho articulado entre AB e CAPS II na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental, pois o serviço atribuído á AB pode e deve contribuir no atendimento aos usuários do serviço de saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica, que visa a desinstitucionalização, inclusão social e superação do preconceito para com as pessoas com transtorno mental. Sua proximidade e vínculo com a comunidade possibilita um melhor acompanhamento desse usuário no seu contexto familiar e comunitário e de situações que podem contribuir no processo saúde-doença-cuidado.

Em estudos que abordam a relação entre esses serviços é quase unânime a menção que se faz ás dificuldades de profissionais da AB no trato com pessoas que apresentam transtorno mental, por não se sentirem preparados (as) para o atendimento desta demanda.

Schneider (2009) em seu artigo intitulado *A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental*, aponta um dado relevante do Ministério da Saúde (MS), que demonstra essa fragilidade da Atenção Primária¹. 80% dos usuários que são encaminhados para os serviços de saúde mental, como o CAPS, por exemplo, não demandam um atendimento especializado, poderiam ser acompanhados pela UBS. Esse dado ressalta a importância de uma maior interação entre esses serviços e principalmente de uma capacitação da equipe da Saúde da Família (eSF) no que se refere à saúde-doença-cuidado para com os indivíduos afligidos por algum sofrimento mental.

Esta pesquisa parte da hipótese de que a articulação entre esses dois serviços existe, mas, porém, ainda é muito frágil, pois atualmente não há nenhuma atividade conjuntamente realizada entre essas equipes, de forma orgânica, em eventos como o *Dia Nacional de luta antimanicomial*, por exemplo, celebrada anualmente em 18 de maio, não há uma participação significativa das eSF, este dia passa despercebido por muitos destes profissionais. Além do mais ressalto também colocações das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPSII, CAPSi, CAPSAD em reunião ampliada onde compartilham da mesma opinião, dessa falta de discussão por parte da AB sobre as questões da saúde mental, recentemente com um agravo maior, o encerramento do contrato de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)² nesses serviços.

Portanto nosso objetivo principal é compreender os desafios e impedimentos na interação entre os profissionais da AB e do CAPS II, especificamente, que atua no cuidado da pessoa com transtorno mental grave e persistente. Para tal foi

¹ A autora citada adota a terminologia Atenção Primária, entretanto nessa pesquisa optamos por Atenção Básica, pois no Brasil essa escolha consiste, na verdade, numa postura contra hegemônica, de negação na utilização do mesmo termo adotado pelas Agências Internacionais como o Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI). (Arouca, 2003 apud Mello, Fontanella, Demarzo). Tais considerações partem do contexto em que a Conferência de Alma-Ata foi realizada, num período marcado pela proposta de ajuste fiscal do FMI e BM, diante de um momento de crise monetária internacional, em que a proposta dos países consistia numa racionalização dos custos de serviços de saúde. Portanto existe um debate acerca da utilização de um ou de outro, mas a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 os definem como equivalentes.

² A Portaria nº 2.436/2017 traz uma nova expressão para essa equipe, fica estabelecido como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

necessário conhecer as políticas que regulamentam esses serviços com vista a estabelecer as relações existentes entre as políticas e as possibilidades de atuação em conjunto, além de observar qual a concepção que os profissionais da AB têm do papel do CAPS II na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Portanto abordaremos a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2017), a Política de Saúde Mental, frisando o CAPS II como dispositivo atuante no município de Ouro Preto e foco da nossa pesquisa. Outro propósito dessa pesquisa foi saber em que consiste o matriciamento de Saúde Mental na Atenção Básica, apresentado como possibilidade de um cuidado mais integral.

A estratégia do matriciamento³, na sua originalidade, ainda não acontece no município de Ouro Preto. O modelo tradicional de referência e contra referência também apresenta grande fragilidade e em alguns casos trocas de informações são realizadas por meio de telefonemas entre os profissionais, mas acabam por serem muito pontuais devido a algumas limitações. Uma proposta adotada pela equipe do CAPS II denominada entre eles de “territorialização” tem sido utilizada, visando facilitar o contato entre a AB e a equipe do CAPS II, pois fica definido entre os serviços quem é a referência médica e a referência técnica (RT) ⁴ responsável por cada área de abrangência das UBS, ou seja, existe uma divisão de área entre a equipe multiprofissional do CAPS II, de modo que, AB saiba exatamente quem procurar em caso de necessidade de discussão de algum caso.

Em pesquisa de campo adotamos como metodologia qualitativa a proposta do Usuário Guia, este método desenvolvido no serviço de saúde consiste na construção do cuidado tendo o usuário como guia deste cuidado, pois elabora se um mapa, ou

³ No capítulo III, desta pesquisa, nos dedicamos a explicar em que consiste a proposta do matriciamento da Saúde Mental na Atenção Básica.

⁴ Embora não haja intenção, nesta pesquisa, de levantar um debate acerca da estratégia de “Referência Técnica” adotado nos serviços de saúde mental, vale ressaltar que existe uma discussão acerca da atribuição do Técnico de Referência, pois ao considerarmos que a área específica de formação acadêmica de cada profissional é de certa forma, diluída na sua atuação como RT, neste sentido Tomaz (2018, p.230) traz uma discussão sobre a intervenção e a forma como esses profissionais capturam seu exercício profissional. E considera que essa estratégia vem ocorrendo de “modo genérico, inespecífico e acima do estatuto das profissões, em especial do Serviço Social”.

melhor, uma cartografia traçado pelo próprio usuário que traz uma narrativa dos encontros, seja dentro do serviço ou fora dele, vivenciado no seu cotidiano, mas que atravessa essa relação de cuidado, pois trata se, na verdade, de um encontro entre usuário e trabalhador da saúde. No caso da pesquisa de campo o encontro acontece entre o entrevistado e o pesquisador, o primeiro assume essa postura de desenhar o mapa nos relatando a realidade do serviço e o pesquisador na medida em que vai se apropriando das informações colocadas encontram nelas as brechas para aprofundar na sua investigação, sempre com o foco no seu objeto de pesquisa. Portanto as perguntas direcionadas ao entrevistado não são engessadas e vão se adequando as informações fornecidas inicialmente, ou seja, não há a utilização de um questionário com perguntas fechadas.

Na Atenção Básica abordamos duas equipes de Saúde de Família, sendo um médico e um enfermeiro de cada UBS, a escolha por essas categorias de profissionais ocorreu ao considerarmos a autonomia dos mesmos no serviço, o enfermeiro, como coordenador na unidade, que certamente tem uma visão ampla do funcionamento do serviço e o médico pela responsabilidade, na maioria das vezes, de referenciar os pacientes para outros serviços, quando necessário, além de questões relacionadas a alguns procedimentos, restrito a essa categoria, como por exemplo, a questão da medicalização. Para a apresentação das falas desses profissionais optamos por denomina-los pela categoria de atuação, acompanhado por uma letra do alfabeto, de modo a preservar a identidade de cada um, também não julgamos necessário identificar a equipe que colaborou com a nossa pesquisa também como forma de preserva-los. Reconhecemos que nossa pesquisa poderia ter alcançado um número maior de UBS, entretanto não tivemos tempo hábil para ampliar a pesquisa de campo embora isto não tenha interferido diretamente no resultado final.

No CAPS II contamos com a colaboração de três profissionais que atuam como referência técnica dos usuários, portanto nas apresentações de suas falas serão denominados apenas como RT1, RT2 e RT3. A escolha por esses profissionais partiu da própria definição do técnico de referência apresentado pela Linha Guia de Saúde Mental que diz:

É da alçada do técnico de referência estabelecer e sustentar o vínculo com o paciente, traçar as linhas de seu projeto terapêutico individual, definir com ele a frequência dos atendimentos e do comparecimento ao serviço, fazer os contatos com a família, e com outras pessoas do seu espaço social, sempre quando necessário. (MINAS GERAIS, 2006, p.47)

Nosso trabalho traz como estrutura três capítulos, divididos da seguinte forma: O capítulo I será uma apresentação da construção da política pública de saúde no Brasil, iniciando com uma menção a Declaração Internacional da Conferência de Alma-Ata, onde ficou proposto “Saúde para todos no ano 2000”. No Brasil abordaremos as lutas que resultaram na criação do SUS, de uma saúde como direito de todos e dever do Estado, e neste processo a Política Nacional de Atenção Básica, seus avanços e retrocessos. Faremos uma apresentação das particularidades da AB em Ouro Preto com relação ao funcionamento e organização do serviço, contando com relatos dos profissionais.

No capítulo II iniciaremos com uma breve colocação sobre a relação que a sociedade estabelecia com as pessoas ditas “loucas”, em seguida faremos um apanhado histórico apontando os modos de tratamentos oferecidos a essas pessoas, propostas que foram sendo modificadas principalmente no momento em que as instituições psiquiátricas passam a serem questionadas, iniciando o processo de Reforma Psiquiátrica num âmbito maior. Nesta sequência buscaremos apresentar a Reforma Psiquiátrica especificamente no Brasil, associado ao processo político do país, de redemocratização, momento de grande efervescência dos movimentos sociais e de luta pela ampliação dos direitos básicos, principalmente no que se refere à saúde pública. Faremos menção aos Encontros, Congressos e as Conferências Nacionais de Saúde Mental, além de apontamentos da Política de Saúde Mental fazendo uma apresentação do CAPS, como serviço de referência da RAPS. Em seguida apresentamos as particularidades do CAPS II do município de Ouro Preto/ MG iniciando nossas considerações a partir da pesquisa empírica.

No capítulo III traremos como pesquisa bibliográfica as ações e proposta do MS e seguimentos da saúde para o fortalecimento da articulação entre AB e Saúde Mental, tanto no âmbito da capacitação e educação permanente do profissional de saúde como no sentido de estratégias para efetivar o cuidado integral, exemplo disso é a proposta do matriciamento de Saúde Mental na Atenção Básica. Traremos

a discussão dos fatores que, atualmente, foram apresentados como desafios e impedimentos na interação entre os profissionais do CAPS II e da AB, as fragilidades desses serviços e a análise que realizamos a partir da pesquisa de campo.

CAPÍTULO I – CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo teve como proposta apontar pontos marcantes que antecederam a conquista de uma saúde universal, no Brasil. Para tal relembramos a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que teve em seu relatório final as bases para a discussão na Assembleia Constituintes acerca da saúde como “direito de todos e dever de Estado”, grande passo para a instituição do SUS.

A PNAB dentro dessa concepção de universalidade da saúde foi sendo construída gradativamente, marcada por avanços e retrocessos. Nesta pesquisa troucemos para o debate a Portaria nº 2.436/2017 tendo como característica principal uma flexibilidade que deixa muitas decisões relacionadas a organização e funcionamento da AB a cargo da gestão municipal, num momento de precariedade dos municípios, que reflete diretamente na atuação dos profissionais e estes relatam a dificuldade enfrentadas para uma atuação mais integral, em especial no trato com a pessoa com transtorno mental devido a vários fatores, até mesmo no que se refere a formação profissional.

1.1 O Sistema de Saúde Pública

A partir da Declaração Internacional da Conferência de Alma-Ata em 1978, composta por delegações de governos e representantes de organizações não governamentais, acerca da necessidade da *Atenção Primária*, com caráter de universalização da saúde, fica estabelecido como proposta “*Saúde para todos no ano 2000*”. Este marco pode ser considerado como ponto forte, de argumento para os movimentos em luta por uma saúde pública e universal no Brasil, em destaque o Movimento de Reforma Sanitária.

A saúde pública no Brasil, neste período, sobre responsabilidade do Ministério da Saúde tinha ações de caráter preventivo voltado para a população pobre, que não estava inserida no mercado de trabalho formal, enquanto que o Instituto

Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977, oferecia ou contratava serviços privados para atender os contribuintes da previdência. Algumas ações progressistas, de organização do sistema de saúde nacional, anteriores a Declaração de Alma-Ata, merece ser mencionada neste processo que foi construindo o que hoje conhecemos por SUS. Em 1976 foi criado Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que consistiu na ampliação da cobertura de serviço de atenção primária de saúde nos municípios de pequeno porte, ou seja, a regionalização da atenção e da assistência médica, de forma descentralizada e hierarquizada. Para tal foi necessário investir na formação e capacitação de pessoal técnico e auxiliar para a saúde, por meio do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS). (PAIVA, TEIXEIRA, 2014, p.21).

Outro destaque foi a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 e mais tarde, em 1979 a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) ⁵ estas instituições foram responsáveis pela construção da concepção de saúde coletiva no Brasil, de luta pela participação social, de promoção de saúde, numa visão ampliada de qualidade de vida, e fortalecimento da proposta de um sistema unificado e universal. A perspectiva que tinham de transformação na saúde estava vinculada ao processo de democratização do Estado.

Foi neste processo de redemocratização do Brasil e falência do Governo Militar somado a grande efervescência dos movimentos sociais que a VIII CNS foi convocada pelo Presidente da República, José Sarney. O relatório final da CNS serviu como base para os debates na Assembleia Constituinte no referente a seção Saúde, como "direito de todos e dever do Estado", o que definiu a instituição do SUS regulamentado pela Lei nº. 8.080/1990.

⁵ Em 2011 a entidade ABRASCO alterou o nome para Associação Brasileira de Saúde Coletiva, devido à incorporação de outros cursos de Graduação em Saúde Coletiva. Fonte: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/>.

O SUS alicerçado nos princípios de universalidade, equidade, controle social, descentralização e integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) torna-se a base para o funcionamento de todo serviço de saúde e um novo rumo para a saúde pública, entretanto num contínuo processo de construção, marcados por avanços e retrocessos. Nesta trajetória de formulação de uma saúde universal, como direito conquistado constitucionalmente, a PNAB foi formulada a partir de várias experiências nas diferentes esferas, realidades de serviços ofertados e desenvolvidos pelos trabalhadores de saúde, diante dos desafios que cada região apresentava. Exemplo disso foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), oficializado pelo MS em 1991, mas que iniciou, na verdade, com a criação de agentes comunitários de saúde no Ceará como meio de gerar emprego para as mulheres daquela localidade e principalmente como estratégia de superação da mortalidade infantil, num momento que ainda não existia uma equipe de suporte para esses profissionais e para a população. Portanto a PNAB foi sendo construída, no decorrer desses anos, a partir de estratégias que mostraram resultados.

A nova PNAB, referente à Portaria nº 2.436/2017 apresenta algumas inovações, que foi ponto de debate entre os profissionais da saúde atuantes na Atenção Básica, o Conselho Nacional de Saúde e outras categorias como sindicatos, conselhos municipais, grupos acadêmicos entre outros. Uma das grandes queixas foi a falta de diálogo, pois as novas propostas não foram discutidas previamente com profissionais da área da saúde.

1.2 Política Nacional da Atenção Básica, avanços e retrocessos

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece a AB como porta de entrada para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, além de ser um centro de comunicação desta. O Programa de Saúde da Família (PSF), oficializado pelo MS em 1994, tem como infraestrutura as UBS composta por equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentado os

profissionais de saúde bucal e a equipe do NASF. Sua atuação tem como proposta a criação de vínculo e responsabilização com a população a qual está inserida, visando um atendimento integral e contínuo que leva em consideração a realidade do indivíduo na sua totalidade, portanto é essencial conhecer a situação social, econômica, cultural e o contexto familiar da comunidade na área de abrangência da UBS. A tecnologia leve⁶ é predominante e fundamental para o exercício do cuidado estabelecido pelo PSF que consiste num “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Quando consideramos as propostas e atribuições da AB, como porta de entrada, o primeiro contato do usuário com a rede, além do vínculo estabelecido com a população de sua área de abrangência, entende-se o potencial que esse serviço tem e a importância da elaboração de um trabalho articulado com o CAPS na produção do cuidado, afinal ambos trazem um caráter de referência da rede que compõe os serviços de saúde, mas a proximidade territorial e cotidiana da eSF com a população são as ferramentas que faltam no serviço do CAPS. Dentro da dinâmica do CAPS II não ocorre essa interação constante com a comunidade, de conhecer a realidade de cada área que está dentro do seu território, de conhecer os núcleos de convivência de seus usuários, entretanto esses espaços que compõe a vida do indivíduo tem relação direta com sua saúde mental ou física. Portanto a AB tem muito a oferecer e pode ser uma grande aliada dos serviços de Saúde Mental.

O PSF por se tratar de um programa, que possui um tempo determinado, se integra a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir da Portaria nº 648/2006, como proposta de continuidade de uma atuação na saúde vinculada ao contexto familiar no cuidado do indivíduo, diferentemente do modelo médico-curativista e hospitalocêntrico. As UBS atuam vinculadas aos princípios do SUS, inicialmente por meio do acolhimento, que não está restrito a um espaço ou local, nem a um

⁶ Emerson Merhy introduziu o conceito de tecnologia leve no campo da saúde, diz respeito às relações de acolhimento e vínculo com o usuário, como forma de gestão do trabalho na produção do cuidado.

profissional específico da equipe, trata-se de uma escuta atenciosa da população adscrita naquela unidade, ou dos que buscarem pelo serviço. Um acréscimo nesta nova PNAB que merece elogio ressalta o atendimento indiscriminado:

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Essa menção do MS traz como reflexão o lugar da pessoa com transtorno mental e de qualquer outro membro da comunidade, esses espaços pertencem a eles, seu atendimento não está restrito ao CAPS, pois demandam outros cuidados que integram a promoção da saúde e além do mais, a inserção na sua comunidade de origem faz parte das propostas pós Reforma Psiquiátrica, que retira esse público do isolamento social e o reintegra na sociedade, mesmo diante de tantas limitações.

As mudanças estabelecidas na nova PNAB não tiveram um caráter objetivo e imperativo, pelo contrário, abriu possibilidades diversas de escolhas na organização da Atenção Básica pela gestão municipal. A primeira possibilidade oferecida foi a flexibilização do horário de funcionamento do serviço, com carga horária mínima de 40 horas/semanais, podendo ser estendido para os finais de semana e para o atendimento à noite, por exemplo, durante a semana, facilitando o acesso das pessoas que por motivo de trabalho não comparecem a UBS. Fica a cargo da gestão juntamente com o Conselho Municipal de Saúde optar ou não por essa proposta e o modo como efetivá-la. Essa estratégia tem grande importância principalmente quando nos referimos às ações realizadas pelo serviço de caráter preventivo, pois a AB tem como prioridade a prevenção, portanto o atendimento não se limita a pessoa doente, o foco não é a doença, mas o indivíduo e a possibilidade de construir com ele a concepção de saúde, também como responsabilidade pessoal. Entretanto essa proposta desconsidera uma realidade cada vez mais constante, vivida pelos serviços públicos, de redução de quadro de funcionários.

A população adscrita antes estipulado de 4000 habitantes por eSF agora passa a ser de 2000 a 3500 pessoas por equipe cabendo a gestão considerar situações de vulnerabilidade, risco social, contexto epidemiológico e dinâmica da comunidade. Entretanto diante da realidade social e econômica vivenciada pela

população brasileira, principalmente na atual conjuntura, é difícil imaginar e estabelecer um parâmetro para vulnerabilidade e risco social, exigindo do gestor do município uma sensibilidade para com a necessidade da população e os desafios dos profissionais de saúde para estabelecer um cuidado e vínculo com um território muito abrangente e povoado. O teto máximo de eSF e equipe de Atenção Básica (eAB), nova categoria de equipe estabelecido pela PNAB, para recebimento de recursos financeiros específicos, obedece a seguinte fórmula: População/2.000. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ainda no que se refere a funcionamento e infraestrutura da AB fica permitido a existência de até quatro equipes (eAB ou eSF) atuando numa mesma UBS, no atendimento dos territórios adscritos, correspondentes as áreas de abrangência de cada equipe. Essa proposta favorece a questão de gerenciamento, e em alguns casos na redução de custo. Entretanto a população enfrenta maior dificuldade de acesso, pela própria distância geográfica e conseqüentemente para as equipes a manutenção do vínculo, a realização das visitas domiciliares e buscas ativas tornaram se mais difíceis. Em Ouro Preto, no distrito de Cachoeira do Campo, essa proposta já foi implantada, temos atualmente o Complexo de Saúde inaugurado em 2017 que centralizou, neste mesmo espaço, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e mais quatro equipes de PSF.

Conforme diretrizes do MS os Agente Comunitários de Saúde (ACS) tem como atribuição cadastrar a população do território de abrangência da UBS, realizar visitas domiciliares periódicas, visando estabelecer um vínculo com a comunidade e atuando como um elo entre os demais membros da equipe de saúde da família e a população adscrita naquela UBS, de forma a contribuir com a promoção, prevenção e cuidado da comunidade em que atua. Deste modo, não foi alterado o número de 750 pessoas por ACS, mas deixa de ser obrigatória a cobertura de 100% da população por essa categoria profissional, com exceção de áreas de abrangência que apresentam vulnerabilidade e risco social e de grande dispersão territorial. Outro marco referente à categoria dos ACS são as novas atribuições tais como: Aferimento de pressão arterial, medição de glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e a realização de técnicas limpas de curativos e orientar e acompanhar paciente na

administração de medicação, para aqueles que apresentam dificuldade, sendo exigência a devida formação técnica para a execução dessas ações, em respeito à autorização legal.

Essas alterações se apresentam de forma contraditória, pois ao mesmo tempo em que há uma brecha para redução ou extinção dessa categoria, ressaltando que a nova eAB não tem os ACS como composição de seus profissionais, amplia-se, entretanto, sua responsabilidade na equipe. As novas atribuições podem ser uma estratégia de superação do fracasso que foi a Portaria nº 958/2016 que propôs a substituição dos ACS por técnico de enfermagem, derrubada com muita mobilização da categoria. Outra conotação que essa proposta traz e que foi muito discutida na portaria citada anteriormente são os benefícios que essas novas atribuições trará para a iniciativa privada no processo de formação desses trabalhadores, beneficiando o mercado dos cursos de formação em saúde.

Um apontamento importante de Nogueira (2016), é sobre o respaldo que os ACS têm na Lei 11.350/2006, relativo a contratação que deve ser por meio de vínculo direto entre os agentes e os órgãos ou entidades da administração direta, autárquica ou fundacional enquanto que os técnicos de enfermagem não são amparados por essa regulação (Nogueira,2016 apud Rodrigues). Portanto numa situação de maior precarização do serviço público os técnicos e auxiliares de enfermagem não se tornariam o primeiro alvo na redução de quadro de funcionários, considerando que os ACS já teriam uma formação técnica para assumi-los? São questionamentos que precisam ser refletidos e levantados para debate.

A eAB, novo arranjo de equipe, tem a composição mínima de profissionais definida da seguinte forma: médicos, enfermeiro⁷, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem. Portanto o diferencial se expressa na inexistência dos ACS, que poderá ser ou não acrescido à equipe multiprofissional, igualmente aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) e profissionais da saúde bucal.

7 Ressalta-se a preferência pela especialização em saúde da família

Esta nova equipe possui o mesmo financiamento tripartite por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) variável, entretanto a ESF permanece sendo prioridade e com financiamento maior do PAB fixo, mas a existência de uma equipe reduzida sem a presença do ACS tira a centralidade da ESF e desconsidera os avanços que esta trouxe para a saúde pública fragilizando o, tão necessário, vínculo com a comunidade, ao considerarmos que o ACS é justamente esse elo entre a equipe e a população adscrita. A carga horária dessa nova equipe também apresenta um diferencial, enquanto a eSF fica estipulado 40 horas/semanais para todos os profissionais, na eAB a carga horária mínima é de 10 horas/semanais por profissional, com no máximo 3 profissionais por categoria, para que, somando as horas resulte em 40 horas/semanais, por exemplo, dois médicos com 15 horas e 1 com 10 horas/semanais.

Nesta perspectiva de divisão na carga horária entre os profissionais, princípio como a Longitudinalidade do cuidado fica comprometido, pois este exige uma continuidade e um vínculo com o indivíduo, além da necessidade do profissional também ser referência para o usuário quando pensamos na coordenação do cuidado. Outro ponto crítico é a fragilização na dinâmica de trabalho coletiva que deve ser desenvolvido pela equipe, diante da fragmentação de horários a equipe acaba por ficar mais dispersa dificultando a elaboração de possíveis estratégias de ação.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), formada por uma equipe multiprofissional tem como finalidade oferecer suporte as eSF e agora a eAB, por meio de atendimento individual encaminhado pelos profissionais da UBS, de acordo com a necessidade do usuário e a especialização do profissional do NASF, desenvolver ações de promoção, prevenção e educação permanente à saúde, elaborar projetos terapêuticos a partir de discussão de casos entre as equipes, e outras ações que contribuam para integralidade do cuidado. Portanto a equipe do NASF é um importante dispositivo para fortalecer a interação entre as UBS e o CAPS, entre Atenção Básica e Saúde Mental, por meio do apoio matricial. Por isso não consiste numa equipe com unidade física independente, mas está integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, “além de outros

equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias. ” Sua atuação acontece no cotidiano das UBS mas extrapola este espaço, justamente pela integração que realiza com a rede, o que explica o impacto que ocorre em todos os serviços na ausência dessa equipe. Com relação à composição do Nasf-AB fica definida as possíveis ocupações:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletivo ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades do território. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O financiamento dessa equipe ocorre por meio de incentivo federal, o custeio é de acordo com a modalidade, definida na Portaria nº 154/2008 que regulamentou a criação do NASF1: composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior, vinculado a, no mínimo, 8 eSF, e a no máximo, 20 eSF. O NASF 2: composto por no mínimo três profissionais de nível superior devem estar vinculados a, no mínimo, 3 eSF. Fica também estabelecida nesta portaria a necessidade da presença de pelo menos um profissional da área de saúde mental em cada uma dessas equipes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Atualmente o NASF é regulamentado pela Portaria nº 2.488/2011 além do acréscimo da modalidade NASF 3, para população específica, anunciado pela Portaria 3.124/2012.

Para fins de esclarecimento citaremos algumas especificidades da Atenção Básica, mas sem a intenção de aprofundarmos, pois não consiste numa inovação da atual PNAB. Referimo-nos as Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipe de Saúde da Família Fluviais (eSFF), referente aos municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras, além de modalidades como Equipe de Consultório na Rua (eCR) e Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) atuantes em várias regiões do Brasil. Temos também a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) para localidades em que ainda não existem as eFS e eAB, contando apenas com o

enfermeiro supervisor, num processo gradual de implantação da ESF. A Equipe de Saúde Bucal, refere-se ao Cirurgião-dentista, o Técnico ou Auxiliar em saúde bucal, que devem estar vinculados à UBS ou a Unidade Odontológica Móvel.

A proposta de trazer para a discussão dessa pesquisa a nova PNAB parte, primeiramente, da lógica de que falar de Atenção Básica é falar de uma proposta de integralidade do cuidado, portanto promover saúde mental à população e assistir as pessoas com transtorno mental faz parte dessa integralidade. Mas é importante perceber também que tanto a PNAB quanto a Política de Saúde Mental passaram por mudanças significativas no ano de 2017 que causaram muito debate entre profissionais da saúde e demais seguimentos. Mudanças que representaram, em grande parte, um retrocesso, pois o Estado de um lado apresenta uma política flexível, cheia de brechas, deixando a cargo da gestão municipal decisões que envolvem o funcionamento e a estrutura do serviço, num momento de grande precariedade dos municípios diante da falta de repasse estadual. De outro o lado assume uma postura de desresponsabilização na execução da Política de Saúde Mental, por meio um forte incentivo à iniciativa privada através de parcerias que retomam antigas estratégias no trato com as pessoas com transtorno mental, desconsiderando todos os avanços e conquistas dos usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental.

1.3 Atenção Básica à Saúde e algumas particularidades no município de Ouro Preto

Com base em pesquisa do IBGE/2017 Ouro Preto contém uma população de 74 659 habitantes distribuídos na sede e nos doze distritos: Amarantina, Antônio Pereira, Cachoeira do Campo, Engenheiro Correia, Glaura, Lavras Novas, Miguel Burnier, Rodrigo Silva, Santa Rita de Ouro Preto, Santo Antônio do Leite, Santo Antônio do Salto e São Bartolomeu, totalizando uma área territorial de 1.245,865 km². As principais atividades econômicas são o turismo, a indústria de transformação e as reservas minerais de seu subsolo, podemos acrescentar também como fonte de

recursos os estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto e do Instituto Federal de Minas Gerais, oriundos de diversas regiões do Brasil, como uma população flutuante numericamente marcante, que fomentam o comércio e empresas de imóveis privados, entretanto não são computadas como população da cidade para repasse de recursos federais.

A partir de dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica à Saúde de Ouro Preto, atualmente o município possui 20 equipes da ESF no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 9 na sede e 11 distribuídas nos distritos. As UBS na sua maioria dispõem de um médico da família, um enfermeiro, que além dos atendimentos a comunidade fica também a cargo da gerência das unidades e dos demais profissionais, e um ou dois técnico de enfermagem, os ACS variam entre quatro e nove profissionais, de acordo com número de habitantes. Uma das propostas apresentada na última Conferência Municipal de Saúde de Ouro Preto foi a realização de uma nova divisão das áreas de abrangência e conseqüentemente uma adequação de número de profissionais nas equipes em vista da grande demanda, pois o número populacional por equipe já ultrapassam os estipulados pelas diretrizes do Ministério da Saúde. (CMS, 2018)

A falta de recursos humanos fica claramente notável, no decorrer da entrevista, as falas dos profissionais expressam o quanto que isto interfere na dinâmica do serviço. O médico da família, Y, aponta a precarização do serviço como um dos grandes problemas, fragilizando o trabalho em rede:

“É, eu acho que o mais grave, inicial, seria essa parte negligenciada da falta de mão de obra, de recurso humano pra poder dar conta disso e aí, tendo recurso humano acho que numa etapa, já uma coisa um pouco mais refinada, daria pra tentar trabalhar a parte mais de interlocução, no trabalho em rede.”

Nesta fragilidade do serviço, em que os profissionais veem se sobrecarregados diante da demanda, é natural em alguns momentos a desmotivação e a falta de perspectiva, conforme nos explica o médico X quando falava da articulação entre os serviços, principalmente, da AB e o CAPS II:

“(...) a sensação que eu tenho é que as pessoas tem boa vontade, mas elas têm esse receio e existe aquela sensação de que o outro não tá querendo colaborar comigo, mas, às vezes, quando a gente vai lá na realidade, a

gente vê que se ele quisesse, ele poderia mas ele não tem a questão do quer só não, ele não pode, sabe, sair de lá e a gente a mesma coisa, isso ultrapassa um pouco do querer e do melhor pro paciente. Eu vejo que a rede é muito, a gente sente muita boa vontade de fazer pelo paciente mas pela sobrecarga, a gente fica atolado, sem vê saída e perspectiva.”

Conforme o enfermeiros L do PSF nos disse

“(…) num contexto em que a gente tem uma população muito grande, que a gente tem que priorizar algumas coisas.”

E a partir disso, estratégias de atuação precisam ser reformuladas ou mesmo interrompidas constantemente. Ressaltamos que o município atualmente não dispõe de equipe do NASF, embora houvesse em outros tempos quatro equipes do NASF 1 credenciadas pelo Ministério da saúde, implantadas e cadastradas no sistema. A saída do NASF é resultado do processo de sucateamento do SUS, que embora seja exemplo e referência de sistema de saúde pública, sofre duros ataques do Capital. O segundo enfermeiro, Z, entrevistado fez menção a esse fato ao ser perguntado sobre a atuação da AB no processo de promoção, prevenção e cuidado da pessoa com transtorno mental:

“(…) a gente não trabalha muito a questão de grupos, até por causa da falta de uma série de outros profissionais que também nos ajudariam nisto, então com a demissão do NASF a gente perdeu uma série de profissionais que nos ajudariam bastante no desenvolvimento de grupos focais pra acompanhar essa população, então há um prejuízo neste sentido, mas é, isto não impede que seja feito um acompanhamento.”

Em termos de grupo o médico Y lembra que

“(…) aqui a gente já teve, já trabalhei até com (nome da psicóloga), quando ela tava no NASF, a gente fazia terapia comunitária, era bem interessante, era um grupo bem efetivo, mas atualmente não tá tendo não.”

Nas UBS a população tem acesso a serviço como testes rápidos de HIV, Hepatite e sífilis que podem ser realizados tanto pelo enfermeiro como pelo técnico de enfermagem, atendimento nutricional, psicoterapia, além dos grupos operacionais para hipertensos, diabéticos, gestantes, planejamento familiar, dor crônica, tabagismo, entre outros, de acordo com a realidade do território, atividades que estão relacionadas á proposta de promoção e prevenção, papel importantíssimo atribuído á Atenção Básica. Entretanto as UBS que participaram da nossa pesquisa

de campo relacionaram a dificuldade atual de realizar esses grupos à limitação de recursos humanos e principalmente a saída do NASF, como já mencionado, pois segundo a enfermeira Z

“ele (referindo se ao NASF) também ajuda que, faz com que a gente identifique melhor quais são os indivíduos que seriam beneficiados por atividades em grupo, porque a educação em saúde é, essas atividades mais compartilhadas assim, os grupos, oficinas, elas precisam ser bem orientadas pra ter resultado, não é pegar todo mundo e falar ‘você é grupo’, há de ter uma seleção pra que a gente consiga um grupo e se a gente tiver o objetivo de ter um grupo muito homogêneo, que seja um grupo bem homogêneo pra atingir os mesmos objetivos ou se a finalidade é ter um grupo heterogêneo, a gente precisa selecionar quem vai participar, pra também atingir os objetivos e assim, na ausência do NASF tanto esse processo de seleção quanto a execução dos grupos fica muito prejudicada”.

A RT1 ressalta que este momento vivido pela AB, pós demissão do NASF, em que os profissionais veem se sobrecarregados pela demanda, é necessário a realização de parcerias para uma atuação mais ativa da proposta de promoção e prevenção da saúde, pois, o processo de adoecimento da população, diante da atual conjuntura política e econômica tende a aumentar.

A gestão municipal mantém no serviço da AB dois fisioterapeutas, três psicólogos e oito nutricionistas, entretanto não como equipe do NASF, pois alguns já atuavam como servidores públicos no município, mesmo antes da saída do NASF. Entretanto esses profissionais por não estarem integrados a uma equipe do NASF a metodologia do trabalho se diferem muito, pois quando nos referimos a atuação dessa equipe é preciso considerar que o MS estabelece diretrizes específicas, existe uma proposta de apoio à eSF, de capacitação dessa equipe, de trabalho em conjunto, não se trata de um atendimento ambulatorial, meramente especializado como nos explicou a enfermeira Z

“(…) faz muita diferença quando o profissional tá vinculado ao grupo de apoio da saúde da família, porque tem um olhar diferenciado, ele é mais do que alguém que presta uma consulta especializada, então, ele é alguém que vem aqui e capacita a equipe para resolver os principais problemas, seja dentro da área de serviço social ou da psicologia, da fisioterapia, enfim, das áreas que a gente tem no NASF.”

Outro apontamento interessante que essa profissional nos apresentou é a diferença do profissional que tem uma especialização em medicina de família, sua atuação tende a ser muito mais vinculada a equipe e com uma proposta mais

resolutiva, pois essa é uma das atribuições da AB, ser o mais resolutiva possível, outro profissional fará esse mesmo apontamento em outro momento.

Barbara Starfield traz uma descrição da Atenção Primária que define muito bem o papel e a atuação desse serviço de saúde e sua proposta de resolutividade.

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção para a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD apud BERG, et al., 2012, p.35).

Segundo esta mesma autora, a Atenção Primária à saúde ocorre orientado pelas seguintes diretrizes: Porta de entrada, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, centralização na família, orientação comunitária e competência cultural. Vale observar que essas mesmas características são apontadas na nova PNAB/2017 no que se refere aos princípios e diretrizes da AB.

As UBS são e devem atuar como o primeiro nível de cuidado, a porta de entrada dos demais serviços da rede. A longitudinalidade diz respeito ao tempo de conhecimento que a equipe tem daquele usuário, pois a partir do vínculo estabelecido é possível acompanhar o crescimento e as mudanças ocorrida na sua vida, facilitando o diagnóstico e a integralidade do cuidado, que consiste no reconhecimento das necessidades gerais do indivíduo, suas vivências nas diversas esferas da vida que contribuem direta ou indiretamente com a saúde, doença e cuidado. A coordenação do cuidado está também associada a continuidade do cuidado diante de ações como referência e contra referência, ou seja, mesmo quando houver necessidade de encaminhar o paciente para outros serviços, os profissionais da AB precisam acompanhar e estarem cientes de todos os processos de cuidados adotados, não se isentando da responsabilidade sobre o cuidado daquele paciente.

O enfermeiro L fez questão de lembrar que a coordenação do cuidado é responsabilidade da AB, inclusive ressaltando que:

“(...) faz parte do cuidado integral a saúde mental (...) coordenar o cuidado mesmo quando referenciado ao CAPS, a coordenação do cuidado ficar com

a AP, não estou falando de hierarquia, que um está acima do outro, mais, mais seria o ideal, pela proximidade que a gente tem com a comunidade”

Assumindo que

“(...) as ações ainda são pontuais, a gente ainda se preocupa com, com hipertenso, diabético, gestante, criança.”

A centralização na família consiste em reconhecer o papel importante que esta tem na vida de qualquer pessoa, ela pode atuar e contribuir tanto para o cuidado como também para o adoecimento do ser humano, em vista das relações estabelecidas neste grupo, seja nos aspectos positivos ou negativos. A equipe de profissionais que mantendo um vínculo e conhecimento da realidade familiar do usuário, tanto em nível de estrutura como principais morbidades presentes naqueles membros, poderá compreender e desenvolver melhor estratégias de cuidado. Outro ponto marcante na vida do indivíduo é a comunidade, lugar onde se estabelece as relações sociais, portanto a orientação comunitária contribui para que a equipe tenha conhecimento das possibilidades de ações que vão para além do espaço da UBS, de promoção e prevenção da saúde. Além do mais a ESF tem a proposta de trabalhar com grupos operacionais, voltados para públicos específicos, portanto atividades que envolvem vários membros de uma mesma comunidade. Vinculado à orientação comunitária está a competência cultural que exige de o profissional de saúde conhecer os hábitos e cultura da comunidade, respeitando as diferenças, de modo a facilitar a comunicação, pois a linguagem acadêmica e científica adotada durante a formação do profissional não pode causar distanciamento entre ele e a população, que vem ao serviço com hábitos, linguagem e expressões populares diferentes, estas precisam ser compreendidas pelo profissional responsável pelo cuidado.

Segundo a PNAB “as UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas”, pois é a partir da escuta que se defini a melhor conduta a ser adotada. O acolhimento não está restrito a um determinado profissional, mas pelo contrário, cabe a toda equipe receber aqueles que buscam pelo serviço. É necessário entender que acolher não quer dizer necessariamente resolver de imediato o problema do outro, mas escutá-lo com devida atenção, direcionando de acordo com as possibilidades daquele momento, com responsabilidade e

compromisso. No dia-dia das UBS existem estratégias para uma melhor organização do fluxo no serviço de modo a abarcar as necessidades e demanda da comunidade, algumas variam de uma equipe para outra, devido às particularidades de cada área de abrangência, mas basicamente existe um padrão próprio do serviço o qual descreveremos aqui.

O médico generalista realiza nas UBS atendimentos de demandas espontâneos e os agendados com antecedência. Os espontâneos dizem respeito ao que a equipe define de acolhimento (neste momento especificamente do médico) com dias e horários já estabelecidos na agenda do serviço e de conhecimento da comunidade. São caracterizados como uma consulta médica, de escuta e procedimento, entretanto esse atendimento direto com clínico geral não consiste numa estratégia padrão das UBS, alguns médicos preferem contar com o procedimento de triagem, realizado pelo enfermeiro. O generalista que atua na AB, na maioria com especialidade em saúde de família, tem uma formação ampla que lhe permite atender um público diverso que vai desde o recém-nascido até o idoso, além de uma variedade de enfermidades. Quando pensamos em especialidade estamos nos referindo a um conhecimento profundo em um determinado assunto, mas quando falamos em generalista o conhecimento se alarga e abarca vários assuntos, portanto o médico de família, como clínico geral e mais essa especialização, visa olhar o paciente na sua totalidade, não fragmentando o indivíduo para trata-lo. Entretanto, ao reconhecer que a situação do paciente superam as competências e atribuições dele como profissional e da AB como serviço, sua conduta é referenciar o usuário para outro ponto da rede, compatível com a sua necessidade.

Ao perguntarmos para os profissionais da AB se a formação acadêmica ou mesmo capacitações e educações permanentes fornecem elementos suficientes para o atendimento ou acompanhamento das pessoas com transtorno mental as respostas que obtivemos foi: o médico X ressalta a especialidade em medicina de família ou de comunidade como um ponto positivo em relação a esse cuidado ao comparar com o médico meramente generalista,

“(...) se você pegar um clínico geral, ele fica no hospital e encaminha para o psiquiatra, o médico de família não tem essa de encaminhar, ele tem que ser o mais resolutivo possível, né. Então ele se apropria de alguns conhecimentos na, no nível mais resolutivo e de complexidade mais baixa, pra ele conseguir resolver. Outras pessoas que não tem essa formação talvez pequem um pouco nisso.”

Entretanto admite que

“(...) pegando a parte médica, porque eu sou médico então, às vezes, eu tenho mais essa visão, existe um receio do manejo de paciente de saúde mental sendo ele leve e grave. Primeira coisa, e a questão dele está estável né, assim é, eu vejo que alguns colegas não tem tanta é, tranquilidade e às vezes até isto tá voltado a uma questão técnica mesmo, pra manejar pessoas até estáveis por não viver muito com medicamento e tal.”

O médico Y afirma que sim, em relação a formação do médico, mas, entretanto, ele se refere mais a uma formação posterior a acadêmica que ele define como “formação inicial intermediária” e novamente aponta a questão da sobrecarga de trabalho que interfere tanto na possibilidade de capacitar a equipe, como um todo, quanto na atuação diária do profissional em vista da demanda existente no serviço.

“agora de capacidade de trabalho, pelo fisicamente na minha unidade, hoje, eu acho muito difícil pela questão da demanda ser muito grande e a parte de atendimento de saúde mental envolve questão de tempo, né, maior, é, e tempo de observação do paciente é maior, tempo de escuta que tem que ser maior pra poder conseguir observar e entender exatamente o que tá se passando (...) a capacitação não é tão boa e, e a disponibilidade também de tempo, de hora de trabalho, né assim, também, é, não ajuda muito.”

Ele menciona uma reunião de capacitação dos médicos e enfermeiros, onde escolhem temas para serem abordados e lembra que a última contou com a presença de um psiquiatra que ajudou a discutir alguns casos. Aparentando ser uma capacitação muito pontual e sem muito preparo por parte da gestão municipal.

Os enfermeiros expressam claramente que a formação acadêmica não é suficiente, dependendo muito de uma busca pessoal de cada profissional, a partir das necessidades e demandas que vão surgindo no serviço. Reconhecendo que torna se imprescindível a contínua capacitação para corresponder às exigências de um cuidado integral.

“Não, na minha formação não, não de forma específica (...), porque o individuo chega, ele não chega, não vem uma mulher pra fazer preventivo né. Vem uma mulher e ela traz consigo, ela é hipertensa, pode ser

diabética, ela pode ter uma depressão, então ela pode ter uma esquizofrenia, então assim, foi a vivência em saúde da família que me aproximou disso, que ai eu fui conhecendo indivíduos do meu território, mas com uma formação muito ruim pra isso, ainda muito fragmentada, ainda é muito, 'ah não essas coisas são de nível secundário, isso não se trata na Atenção Primária'. Então foi uma descoberta dentro do processo de trabalho e ai vai do interesse mesmo.” (Enfermeira Z)

“Muito pouco, na minha formação a gente estuda muito psicologia, psiquiatria no contexto ambulatorial, de cuidar da doença e pouco cuidar de pessoas num contexto social com sofrimento mental, não existe uma pessoa com sofrimento mental, a mesma coisa, não existe uma pessoa, um diabético ou hipertenso, são pessoas num contexto social que, que tem hipertensão, diabetes e que tem um sofrimento mental, então a gente é muito pouco preparado.” (Enfermeiro L)

Voltando a dinâmica das UBS, os atendimentos agendados são direcionados para os que não podem comparecer no acolhimento e para públicos específicos como, gestantes para o pré-natal, crianças menores de um ano para acompanhamento mensal e mulheres para a realização do exame Papanicolau (neste caso, também não é padrão para todos os médicos a realização deste exame).

O enfermeiro, com formação superior, também realiza esses acolhimentos, dentro das suas competências e quando necessário, encaminha o paciente para o médico da família ou para outros serviços da rede. O enfermeiro é o profissional que atualmente gerencia a UBS além de manter atendimentos como: coleta de Papanicolau, solicitação de mamografia, pré-natal em conjunto com o médico, primeira consulta do neonatal e da puérpera e acompanhamento de crianças. Enquanto que o técnico ou auxiliar de enfermagem fica responsável por cuidados como aferição da pressão arterial, medição da glicemia capilar, em especial para os diabéticos descompensado, curativos, inalações, aplicação de medicação injetável e vacinas para o processo de imunização da população. Os ACS atuam diretamente na área de abrangência da equipe, nas visitas domiciliares periódicas, de modo a acompanhar e orientar no cuidado, na prevenção e promoção da saúde. As novas atribuições definidas na PNAB/2017 ainda não foram implantadas no município, pois para tal, é necessária a devida formação dos ACS. É importante destacar que todos os profissionais da equipe realizam visitas domiciliares, quando necessário, considerando a existência de pessoas impossibilitadas, por algum motivo, de

comparecerem ao serviço de saúde, e por isto, demanda um cuidado especial por parte da equipe.

A cobertura de ESF no município é bem significativa, chegando ao índice de 97,4% em 2015 (DAB/2015), entretanto o que temos percebido é que diante da grande precarização do serviço público, do sucateamento das políticas sociais, e mesmo por uma falta de estímulo de alguns profissionais de saúde, estes não conseguem corresponder a todas as necessidades da comunidade, e apesar desse índice, escutamos relatos que demonstram uma grande fragilidade da AB de atuar no seu caráter de prevenção e promoção da saúde e na produção do cuidado da pessoa com ou sem transtorno mental. Embora a demanda tenha aumentado significativamente, em vista do desemprego, e conseqüentemente da perda de poder aquisitivo e de acesso a bens e serviços por parte da população, o poder público não tem dado as respostas necessárias, coerentes com essas mudanças, o que ocorre é uma redução de quadro de funcionários e a constante falta de insumos, dos mais básicos aos complexos.

CAPÍTULO II - REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS FORMAS DE PRODUZIR O CUIDADO

Esse capítulo apresenta um apanhado histórico de como os ditos “loucos” foram sendo tratados pela sociedade, na antiguidade, idade média e no período pré-industrial, até que a medicina, por meio de Pinel passa a definir a loucura como uma patologia que exige tratamento, entretanto com um caráter ainda moralista. O isolamento social é adotado como forma de cuidado e desta forma as instituições psiquiátricas crescem absurdamente. Mas, após a Segunda Guerra Mundial, essas instituições são questionadas, dando início ao movimento de Reforma Psiquiátrica nos países da Europa e nos Estados Unidos até chegar ao Brasil, período histórico de redemocratização do país, de grande efervescência dos movimentos sociais.

Trabalhadores de Saúde Mental, usuários e familiares e outros segmentos da sociedade civil se unem na realização de vários Encontros, Congressos e Conferências de Saúde Mental, desta forma os serviços substitutivos, como o CAPS, vão sendo adotados como nova forma de tratar a pessoa com transtorno mental, visando à reabilitação psicossocial. Neste capítulo faremos uma apresentação do CAPS II do município de Ouro Preto e os desafios enfrentados para uma atuação, dentro das atribuições desse serviço, além da relação estabelecida com a Atenção Básica, segundo os próprios profissionais.

2.1 Trajetória da Reforma Psiquiátrica

Para iniciarmos um debate acerca da política de saúde mental é importante fazermos uma revisão histórica destacando a relação que a sociedade estabelece com os chamados “loucos”, pois esta se modifica de acordo com a época e lugar.

Na Antiguidade e na Idade Média os ditos loucos eram vistos com alteridade, ou seja, eram reconhecidos como diferentes, mas com um olhar na relação interpessoal de inclusão e diálogo, portanto gozavam de liberdade. Em algumas

ocasiões o encarceramento ocorria não com o caráter de tratamento, mas como forma de manter a ordem social, as abordagens eram muitas vezes práticas religiosas ou de mágica. (AMARANTE, 2010)

Com o início da sociedade industrial havia nas cidades um grande número de pessoas desempregadas, mendigos e os “vagabundos” que vinham de outras cidades, perambulando sem saber para onde ir e como sobreviver diante daquele novo modo de produção, juntamente com estes os “loucos” incluídos nessa categoria de marginalizados eram levados para as *casas de correção*, onde ocorria punição pelo pecado da ociosidade e um processo disciplinar, para participarem do mundo do trabalho.

Apenas em 1973 a figura médica surge na pessoa de Phillippe Pinel, centrada na medicina biológica, estabelecendo a loucura como doença patológica, porém ainda como tratamento moral, adotando o isolamento do “doente” com princípios terapêuticos para devolver-lhe o controle da razão e o equilíbrio da vontade. A concepção da periculosidade também favoreceu no surgimento dessas instituições psiquiátricas ou os manicômios, que cresceram absurdamente.

Denise Dias Barros, conduzida pelas análises de Foucault observa que, “a noção de periculosidade social associada ao conceito de doença mental, formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata”. (BARROS, 1994, p.34).

Os primeiros momentos de questionamento dessas instituições psiquiátricas ocorreram apenas no final da Segunda Guerra Mundial, pois diante do grande adoecimento psíquico de jovens que lutaram na guerra foi possível perceber a real condição daqueles hospitais psiquiátricos, de abandono, maus-tratos, péssimas condições de alimentação e de hospedagem, comparados aos campos de concentração nazista. Considerando os prejuízos da guerra e o processo de reconstrução das nações, era urgente desenvolver um olhar e uma ação mais humanitária no trato com a doença psíquica, pois as pessoas estavam sensibilizadas e indignadas com o sofrimento humano. Outro fator de destaque era a extrema necessidade de mão de obra para a recuperação econômica dos países.

È neste contexto que surge a ideia de uma Reforma Psiquiátrica, entretanto sem uma negação da instituição asilar, apenas considerando a necessidade de uma reformulação no trato com o “doente”. As estratégias foram a criação de comunidades terapêuticas pela Inglaterra e Estados Unidos, que nos anos 50 cria também a psiquiatria preventiva e na França ocorre a proposta da Psicoterapia Institucional, que desencadeia a elaboração da Psiquiatria de Setor, também na década de 50.

No que se refere às comunidades terapêuticas, eram serviços acoplados aos hospitais psiquiátricos trazendo a proposta de um trabalho em conjunto entre uma equipe de multiprofissionais e usuários, ambos responsáveis pela construção daquele espaço. Buscava superar a hierarquia autoritária existente entre os profissionais e usuário através de assembleias, atividades em grupos, valorizando a coletividade em vista de uma convivência harmoniosa. As terapias coletivas traziam a ideia da responsabilidade que o usuário teria com o seu tratamento e com o dos demais. O doente passa a ser reconhecido como portador de uma patologia, ou seja, na sua totalidade humana existem partes adoecidas e partes saudáveis, a família era culpabilizada pela doença do usuário e responsabilizada pelo tratamento.

A abordagem de uma equipe multiprofissional no cuidado com o usuário pode ser considerada como um avanço, na medida em que se supera a concepção da “doença mental” como uma questão meramente biológica, pois na verdade ela abarca a totalidade da vida humana, como fatores econômicos, político, social e cultural. Portanto é necessário envolver vários conhecimentos para um cuidado integral à pessoa com sofrimento mental.

A proposta da comunidade terapêutica foi criticada pelo movimento de psiquiatria democrático por manter a exclusão do usuário e a concepção de periculosidade social, pelo fato de se limitar ao espaço asilar, além de não levantar a discussão acerca da relação de tutela e custódia (BARROS, 1994).

Vasconcelos (2010) ao falar dos avanços que as comunidades terapêuticas representaram para a psiquiatria faz uma menção a Melman (1998, apud VASCONCELOS, 2010, p. 227)

O sucesso e as repercussões das comunidades terapêuticas influenciaram muitas experiências em todo mundo e fizeram com que a Organização Mundial de Saúde sugerisse a sua aplicação, em 1953, em todos os hospitais psiquiátricos

A Psiquiatria Preventiva propunha a prevenção e a promoção da saúde mental e uma reforma na assistência hospitalar de humanização e reabilitação, com a instituição da primeira *política nacional americana de saúde mental*. Contava com o conhecimento da sociologia e da psicologia Behaviorista, considerava o homem como uma unidade biopsicossocial, entretanto sua prática tornou-se uma medicalização da ordem social, resultando numa ampliação de atendimento ambulatorial com uma nova clientela, ou seja, os pacientes portadores de transtorno mental não foram o público principal desta abordagem.

Na França a Psicoterapia institucional considerava que os hospitais psiquiátricos precisavam retomar sua finalidade, a solução era apenas uma questão de boa administração e procurava criar no hospital um espaço coletivo com oficinas de atelier, reuniões, atividades de animação, etc. A partir dessas concepções elaboraram a Psiquiatria de Setor que estendia a assistência para fora dos hospitais, com um território geográfico bem definido, composto por lares de pós-cura, oficinas protegidas, clubes terapêuticos. O tratamento do paciente acontecia no seu próprio meio social e contava com uma equipe multiprofissional de atendimento à saúde mental neste “processo de socialização”. Mas ocorreram muitas contestações por parte dos setores conservadores que temiam a circulação dos loucos nas ruas da cidade, além dos gastos para a implantação desses serviços.

A Antipsiquiatria embora não se define como uma proposta de reforma psiquiátrica, pela sua postura diante da loucura, ao desconsiderá-la uma doença mental, mas sim uma reação do indivíduo às normas e regras da sociedade, teve grande repercussão na discussão acerca do olhar da sociedade para a loucura. Surgiu na Inglaterra na década de 60, com referências culturais e correntes bem diversificadas tais como a fenomenologia, o existencialismo, o marxismo, obras de Michel Foucault, a Psiquiatria Norte Americana e a influência da psicanálise. Os psiquiatras de destaques foram Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. O louco era visto como uma vítima da psiquiatria, pois a medicalização representava

uma forma de manipulação e manobra institucional que visa calar e reprimir o indivíduo.

A Psiquiatria Democrática merece destaque com relação às anteriores pelo seu caráter de superação do tratamento asilar e do saber científico centrado no psiquiatra, com uma proposta de ampliação da cidadania e direito do paciente na discussão e condução do próprio tratamento. Com uma motivação de atuar na “inclusão social” dos usuários do serviço de saúde mental, a ação extra-hospitalar ultrapassa a proposta da comunidade terapêutica, com a criação de Centros de Saúde Mental funcionando 24 horas por dia, em regime aberto, atendendo todos os casos que antes procuravam o hospital, possibilitando ao usuário um ambiente de trabalho, cultura, lazer e mobilidade na própria cidade. Os manicômios são considerados espaços que desvalorizam e ignoram a opinião do louco, que ficava a mercê daqueles responsáveis pelo seu “cuidado”.

Essa perspectiva de contestação da instituição psiquiátrica ficou conhecida como Tradição Basagliana, teve início com a experiência vivida pelo psiquiatra Franco Basaglia na cidade de Gorizia, onde administrava uma comunidade terapêutica, dentro do hospital, em 1962. Apenas em 1974, nas cidades de Trieste, Arezzo e Ferrara a tradição Basaglia origina o movimento de Psiquiatria Democrática em vista das modificações assumidas por Basaglia nos hospitais gerenciados por ele. O movimento contava com o apoio de alianças políticas, forças sindicais e sociais na luta por uma reforma na saúde mental, a partir de uma análise crítica das relações econômicas e sociais. Por meio desse movimento ocorreu em 1978 a aprovação da lei nº 180, que proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália.

A Psiquiatria Democrática obteve repercussões mundiais com debates que envolviam, além dos técnicos de saúde mental, outros segmentos sociais. A reforma psiquiátrica no Brasil foi fortemente marcada pelas ideias oriundas da Psiquiatria Democrática, principalmente após a visita de Franco Basaglia no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978 no Rio de Janeiro e depois no III Congresso Mineiro de Psiquiatria ocorrido em Belo Horizonte, em 1979, contando também com a presença de Robert Castel.

2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Para falarmos da Reforma Psiquiátrica no Brasil é necessário uma retomada da história política e social dentro e fora do contexto de saúde mental, pois toda reforma é um processo de construção que envolve vários acontecimentos.

A intervenção do Estado nos casos de saúde mental ocorreu apenas no início do século XIX na criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, verdadeiro “depósito” dessa população, pois estavam submetidos às péssimas condições de higiene e cuidado, o tratamento era fundamentado na medicação e no isolamento do louco da vida social.

Após a 2ª Guerra Mundial até os países menos vitimados pela guerra, inclusive o Brasil, assumem as propostas socioterapêuticas adotadas na Europa e nos Estados Unidos como forma de recuperação de mão de obra para a reconstrução das nações destruídas pela guerra. Métodos como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia também foram adotados como tratamento. Ocorreu uma grande expansão de hospitais psiquiátricos, principalmente nos estados São Paulo, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais.

Em 1964 somos assolados pelo golpe militar que teve como função importante, abrir mercados dos países subdesenvolvidos para o capitalismo, e para isso, o país apresentou uma ampliação das políticas sociais, de saúde, educação e a criação do FGTS. No que se refere à Previdência Social, ocorreu um processo de unificação dos IAP's, concluído no ano de 1967 que, posteriormente, foram transformados no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Essas mudanças tinham como objetivo legitimar o regime militar e preparar o Brasil para as necessidades do grande capital. Entretanto as ampliações das políticas sociais consistiam, na verdade, em grandes investimentos públicos na iniciativa privada, como prestadoras de serviço aos trabalhadores inseridos no mercado formal, principalmente no setor da saúde.

Os aparelhos organizacionais não ocupam um lugar de neutralidade, pelo contrário, estão carregados de ideologias e interesses, considerando que toda instituição tem uma finalidade de reprodução social. As políticas sociais atuam nesta linha, pela sua dualidade, pois ao mesmo tempo em que supre uma necessidade da classe trabalhadora, com um caráter de direito, ela serve também para amenizar os conflitos e legitimar o Estado e o próprio modo de produção capitalista.

Este período é marcado por diversas fraudes em vista da falta de fiscalização do Estado no repasse para a saúde privada, como falsificação de laudos cirúrgicos, absurdos como: Cesária em homens, cirurgia de fimose em mulheres, construção de hospitais privados com dinheiro público. Para controlar todas essas situações e reduzir os gastos, que com o passar do tempo foram se tornando grandiosos e complexos, foi criado em 1978 o INAMPS.

Com relação aos hospitais psiquiátricos, o Governo Militar iniciou o processo da chamada “Indústria da loucura”. A diária de internações dos pacientes nas clínicas privadas ocupou o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo MS. No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS. (MINAS GERAIS, 2006, p.30)

Os pacientes não contribuintes da previdência eram direcionados aos hospitais públicos financiados pelo MS e os demais encaminhados aos privados a cargo dos institutos de pensão, entretanto a precarização e os maus tratos estavam instalados em ambos. O processo de humanização do tratamento da pessoa com transtorno mental teve início juntamente com o movimento de redemocratização do país, na década de 70, período marcado por uma grande efervescência dos movimentos sociais e organizações populares. Neste contexto o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) começa a se organizar contando com a experiência de movimentos de outros países, em especial o da Itália com sua Psiquiatria Democrática.

O MTSM, originado em grande parte pelo CEBES e pelo movimento de Renovação Médica (REME), e a proposta de reforma psiquiátrica teve como ponto

de partida a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) em protestos por condições de trabalho e de atendimento aos usuários, pois este órgão do MS era responsável por formular políticas de saúde no subsetor de saúde mental, mas a partir de 1974 passou a contratar “bolsistas”, estudantes universitários para trabalharem como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais com salários baixos, carga horária abusiva e em condições precárias de trabalho que os colocavam em situações de risco. Os “pacientes” eram diretamente atingidos por essa precarização, expostos aos mais diversos problemas, com frequentes denúncias de agressão, trabalho escravo, estupros e mortes não esclarecidas. (AMARANTE, 2010, p.52)

Irregularidades das unidades hospitalares são levadas ao conhecimento do público, em destaque as referentes ao hospital psiquiátrico Pedro II denunciadas por três médicos bolsistas, no livro de ocorrência do plantão do pronto socorro. A partir deste momento surgem vários apoios por parte do REME, CEBES e demais entidades da sociedade civil, os usuários e familiares, com reuniões, grupos e assembleias para debates sobre possíveis transformações na assistência psiquiátrica, visando uma humanização do serviço, com críticas à internação e ao uso de eletrochoques, pautas de regularização da situação de trabalho, vários itens referentes ao salário, formação de recursos humanos, críticas sobre as relações entre instituição, clientela e profissionais, tais como a culpabilização dos profissionais pelo mau atendimento dispensado à população desconsiderando a precarização do serviço, como falta de medicação, reduzido número de leitos, falta de conforto e de condições de higiene dispensada aos pacientes.

Ocorre em abril de 1978 uma greve mobilizada pelos profissionais do Hospital Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho que resultou num grande número de demissão de estagiários e outros profissionais. Esses acontecimentos proporcionaram um fortalecimento do MTSM, que ganha repercussão na imprensa, as principais lideranças do movimento buscam manter esse destaque com a organização de vários eventos, contando com a coparticipação do CEBES, da OAB, dos Sindicatos dos Médicos, da Associação

Brasileira de Imprensa (ABI), do IBASE, da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, dentre outras.

O *V Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, conhecido como “*Congresso de Abertura*” realizado em Camboriú de 27 de outubro a 1º de novembro de 1978 amplia a organização do MTSM a nível nacional, pois eles já se reuniam em alguns estados. O Congresso organizado em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria, marcado pela presença de setores conservadores ganha relevância neste ano pela presença da militância dos movimentos em saúde mental que traz uma discussão e crítica ao regime político nacional, não se limitando a questões da saúde mental. Na plenária de encerramento é lido um memorial escrito pela Associação Psiquiátrica da Bahia (APB, 1978), participante do MTSM, que critica a situação de saúde no Brasil, diante de uma precarização que coloca tanto os profissionais da saúde como os usuários numa posição de exploração, a universidade atingida pela pressão do mercado da saúde perde ser caráter crítico, os serviços de saúde são submetidos aos interesses de ordem ideológica, falseando a ideia de direito a saúde, quando na verdade, o que ocorre é uma dicotomia entre a psiquiatria para rico e a psiquiatria para pobre.

Em janeiro de 1979 ocorre o *I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental*, no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo sua discussão aponta para a necessidade de uma luta entre os vários setores sociais para a conquista de um sistema de atenção á saúde. Segundo Paulo Amarante (2010) no relatório final é apontado à importância de uma organização que possibilite uma maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas de saúde mental, tanto regional como nacional. Outra observação feita por Amarante é que neste congresso o MTSM passa a se dedicar a um aspecto de construção de um modelo de atenção psiquiátrica, com fortes críticas ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos, deixando os aspectos corporativos em segundo plano.

Neste mesmo ano acontece o *III Congresso Mineiro de Psiquiatria* em Belo Horizonte, este congresso merece destaque pela grande participação de familiares e usuários do serviço, além de outros segmentos da sociedade como jornalistas, sindicalistas, mobilizando a opinião pública de todo o país. Outro ponto importante é

a proposta de implantação de trabalhos 'alternativos' na assistência psiquiátrica, a partir do fechamento dos hospitais psiquiátricos, abertura de ambulatórios e alternativas terapêuticas, sugerido por grupos de Minas Gerais, Bahia, São Paulo e Rio de Janeiro.

Nesta trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, com vários encontros, congressos e conferências um acontecimento importante precisa ser mencionado que transformou a assistência à saúde mental a partir de 1980, o convênio entre o MS e o Ministério da Previdência e Assistência social (MPAS), a cogestão, que possibilita a partilha de poder, conflitos e responsabilidades, em que a política de saúde passa a ter como propósito uma prestação de serviços públicos, com a universalização do atendimento, a descentralização e a regionalização.

Esse processo ocorreu mediante uma crise da Previdência Social, de caráter financeiro, ético e de modelo de saúde que provocou uma insatisfação de vários segmentos sociais, na verdade os únicos que se beneficiavam desse tipo de gestão foram os empresários do setor da saúde, conforme nos relata Amarante (2010) ao reescrever uma citação de Mello

O caráter privatizante do modelo assistencial, implantado após a Unificação da Previdência e radicalizado após o Plano de Pronta Ação (PPA) do ministro e empresário Leonel Miranda, tem como principal defensor o empresariado do setor privado, que tem como representante e articulador de seus interesses a Federação Brasileira de Hospitais (FBH). Ao pressionar o Governo, o projeto de privatização postulado pela FBH, tem como intuito captar grande parte dos recursos do Fundo de Apoio Social (FAS) que seria o grande financiador da construção e ampliação dos hospitais de rede privada. Não bastasse a solicitação dos recursos, estes teriam as seguintes condições: carência mínima de três anos, prazo de amortização de 120 prestações e juros de no máximo 8% ao ano, sem correção monetária. Mas as reivindicações da FBH não ficam por aí: há ainda, por exemplo, a do credenciamento automático, pelo INPS, de todos os hospitais construídos com financiamento do FAS, independente das necessidades de saúde da população; a do reajustamento trimestral do valor das diárias pagas pelo INPS aos hospitais contratados (MELLO, 1977, p.199).

Desde 1975, com a criação do Sistema Nacional de Saúde, ao INAMPS era estabelecida a assistência curativa e individualizada, enquanto ao MS a medicina

preventiva e coletiva. A relação entre esses ministérios era de compra e venda de serviço, ou seja, o MPAS comprava serviços do MS para os previdenciários e seus dependentes, tais como serviços ambulatoriais, emergências e internações nos hospitais do DINSAM.

Entretanto com a cogestão, é instituída em 11 de maio de 1980 uma Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) como forma de interação entre os dois ministérios visando o aperfeiçoamento na utilização dos recursos direcionados para a prestação de serviço para as duas pastas da área de saúde, a nível estadual e federal. Nesta sequência de ações os secretários gerais dos Ministérios de Saúde e da Previdência e Assistência social constituem um Grupo de Trabalho Interministerial, este grupo estabelece que cada unidade da DINSAM tenha um Conselho Técnico-Administrativo formado por técnicos de cada hospital, que passam a ter autonomia no gerenciamento, elaborando seu próprio planejamento técnico e administrativo (GERALDES, 1992, p.14).

Com a cogestão nas unidades da DINSAM os hospitais ampliam suas demandas, por exemplo, o hospital Pinel atua na atenção ambulatorial, o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) além do atendimento ambulatorial passa a realizar intervenção, diagnóstico e tratamento com uma equipe multiprofissional, o Complexo Juliano Moreira (CJM) investi na ressocialização dos pacientes de longa internação, buscando uma superação do manicômio e uma solução territorial para a assistência em saúde mental, é inaugurado também o hospital Jurandir Manfredini para atendimento de emergência e internação de curta permanência. (AMARANTE, 2010, p.63)

Vale ressaltar que o aumento da demanda ocorre devido à universalização do serviço de saúde, sendo ou não contribuinte da previdência. Além do mais, os recursos que antes eram repassados para o setor privado começa a ser direcionado para as unidades do DINSAM, que qualifica e amplia seus atendimentos. Segundo Geraldes (1982) com uma característica positiva de integração com a comunidade diferente das práticas dos serviços privados, marcadas pela hospitalização e segregação do paciente.

Nesta sequência, ocorre em 1981 a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que visa um gerenciamento da saúde em nível nacional, devido à 'crise financeira' da Previdência Social. Sua atuação consiste numa reorganização da assistência médica, estabelecendo mecanismos de controle de custos num conjunto de medidas racionalizadas, entre outras ações vinculadas ao gerenciamento.

O MTSM esteve presente nestes processos de cogestão, suas principais lideranças instaladas no aparelho de Estado, ocuparam espaços nas instituições públicas em papéis de coordenação, administração e direção. A partir da cogestão é possível realizar novos encontros de saúde mental como o *I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste*, em 1985, dentre outros, com o intuito de discutir e rever as práticas e fortalecer o vínculo entre os membros do movimento.

A VIII CNS, realizada em março de 1986, representou um acontecimento marcante na história da saúde pública, pela forte participação popular, foram quatro mil pessoas, sendo 50% usuários da saúde. Um dos resultados alcançados pela conferência foi o movimento em defesa da emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. A discussão central consistia na saúde como "dever do Estado e direito do cidadão", o que exigia um debate sobre a reformulação no Sistema Nacional de Saúde, e o financiamento do setor. O resultado foi o consenso obtido em torno da criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que depois, se transformaria no SUS.

A forte participação popular na VIII CNS foi possível a partir da mobilização e trajetória realizada pelo Movimento de Reforma Sanitária, principalmente pela participação ativa do marxista Sérgio Arouca, presidente da Fiocruz e uma liderança marcante do movimento, nas conferências estaduais, preparatórias da nacional. O movimento de reforma sanitária apresenta uma concepção social da saúde, fundada numa abordagem marxista, o materialismo dialético e histórico, entre o final de 1960 e início de 1970. A teoria social de saúde foi reconhecida academicamente e teve no movimento estudantil um grande aliado, organizando encontros como *As Semanas*

de Estudos sobre Saúde Comunitária, em 1974, e os *Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina*, realizados entre 1976 e 1978.

O Movimento da Reforma Sanitária ocupou espaços nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira, e a criação do CEBES, em 1976, também contribuiu para o seu fortalecimento. O Movimento de Reforma Psiquiátrica também esteve vinculado a este movimento mantendo, entretanto, sua autonomia. Em se tratando de conquistas alcançadas pelo movimento de reforma sanitária podemos mencionar a aprovação da universalização na saúde, a concepção de planejamento da saúde com base nas conferências, a criação dos Conselhos de Saúde, tendo 50% de usuários, a integração da medicina previdenciária à saúde pública e a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

É possível perceber neste processo histórico, vários protagonistas que se unem numa luta política, em prol de um país mais democrático, que se coloque a serviço das necessidades da população, principalmente dos mais pobres. Os movimentos que surgiram no período da ditadura militar tinham muitos pontos de debate em comum, desejavam uma transformação radical na política, ansiosos pelo retorno à democracia e conscientes da necessidade de uma participação popular para a transformação social do país. A Constituição de 1988 é considerada como um grande marco pelos avanços significativos expressos em direitos conquistados, tal como a saúde, e pela formação dos conselhos como instâncias responsáveis pelo controle social.

Essas organizações e lutas possibilitaram a implementação de políticas públicas de Saúde Mental e o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Paralelo a esse processo ocorre à implantação dos serviços substitutivos, que consiste inicialmente nos CAPSs, sendo o primeiro fundado em 1987, na cidade de São Paulo (AMARANTE, 2010), entretanto sua regulamentação ocorre em 2002 pela portaria nº336. Posteriormente outros serviços vão sendo fundados como os Centros de Convivência, as Residências Terapêuticas, os Núcleos de Produção Solidária e as Unidades Básicas de Saúde, graças também ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar, portaria nº52, de 20 de janeiro de 2004,

que visa promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir do macro hospitais e de hospitais de grande porte.

Em 1987 ocorre *I Conferência Estadual de Saúde Mental* no Rio de Janeiro, já se valendo das resoluções da VIII CNS, que estabeleceu a necessidade de organização de conferências com temas específicos, tal como o da saúde mental. Sendo convocadas instituições populares e de saúde, associações e entidades, entre os delegados do evento foram eleitos alguns usuários e familiares.

A *I Conferência Nacional de Saúde Mental* teve como orientação, o fortalecimento da união entre os trabalhadores da saúde mental e a sociedade civil na elaboração de ações para a promoção da saúde mental e como forma de redirecionar as práticas de saúde e superar a psiquiatrização do social. Determina a priorização dos investimentos nos serviços extra hospitalares e multiprofissionais. (BRASIL, MS, 1988). A Conferência apresentou três temas: "Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental, e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental." (BRASIL, 1987).

O ano de 1987 é marcado por vários encontros do MTSM com uma ampliação da participação dos usuários e familiares, principalmente no II Congresso dos trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, contando com uma administração progressista e com lideranças do partido do trabalhador-PT. Realizado em dezembro, esse congresso resultou no documento conhecido como *Carta de Bauru* que criou a frase que se transforma em palavra de ordem: "Por uma sociedade sem manicômios", surgindo assim o Movimento de luta Antimanicomial. O documento do MTSM faz uma importante observação ao afirmar a necessidade de uma participação popular:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. (...) Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes de exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos

claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. (MTSM, 1987, p.04)

Com a Declaração de Caracas em 1990, o Brasil fortalece seu processo de legalização da reestruturação da assistência em Saúde Mental, em vista da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) de que a psiquiatria convencional não abarca as necessidades da assistência á Saúde Mental sendo necessária uma discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental, ressaltando no processo de reestruturação da atenção psiquiátrica a presença da Atenção Primária de Saúde. (Declaração de Caracas, 1990).

Em resposta a Declaração de Caracas a Coordenação de Saúde Mental do MS, implementa em 1991 o financiamento de uma rede de assistência extra hospitalar , amplia os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e elabora regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. (SCHECHTMAN et.al.,1997, p.2)

A *II Conferência Nacional de Saúde Mental* em 1992 contou com uma participação significativa dos usuários, a proposta de destaque foi a reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil, e nesta lógica enfatiza a necessidade de um novo olhar para a loucura, reconhecendo a “existência-sofrimento” da pessoa com transtorno mental, com uma concepção para além do diagnóstico. Os serviços oferecidos precisam ter como proposta a produção de saúde e resgate da cidadania do usuário. O *Dia Nacional de Luta Antimanicomial* estabelecido para ser celebrado no dia 18 de maio passa a ser uma forma de construção e educação de toda uma população de uma cultura antimanicomial. A Conferência aprova a criação de comissões de reforma psiquiátrica nos conselhos de saúde dos municípios. (MS, II CNSM, 1994)

O Estado de Minas Gerais merece destaque no que se refere a Reforma Psiquiátrica, pela Lei nº11802, de 18 de janeiro de 1995, conhecida como Lei Carlão, elaborada pelo deputado estadual mineiro Antônio Carlos Pereira. Estimula a

reintegração social da pessoa com transtorno mental, o tratamento terapêutico do usuário passa a serem discutido entre ele, seus familiares e os profissionais. O eletrochoque é adotado como última alternativa, sendo obrigado à autorização do “paciente” ou, quando não for possível, o consentimento do familiar responsável. Os serviços alternativos são relatados no artigo 3º:

Art. 3º - Os poderes públicos, estadual e municipais, em seus níveis de atribuição, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos, os quais garantam a manutenção da pessoa portadora de sofrimento mental no tratamento e sua inserção na família, no trabalho e na comunidade, tais como: I - ambulatórios; II - serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência; III - leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais; IV - serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite; V - centros de referência em saúde mental; VI - centros de convivência; VII - lares e pensões protegidas.(BRASIL, 2004)

A lei Carlão é um exemplo de ações do movimento de Reforma Psiquiátrica nos Estados e municípios, que continuam se mobilizando, até que, como marco Nacional na política pública de saúde mental é regulamentado a Lei Federal n.º 10.216/2001, que se refere ao Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) de 1989, após doze anos tramitando no Congresso Nacional foi finalmente aprovada com algumas alterações, seu conteúdo dispõe sobre os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, como por exemplo:

Art. 2.º – Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2004)

No mesmo ano ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, após várias conquistas na saúde pública, a criação do SUS e a lei Paulo Delgado que regulamenta os direitos dos portadores de transtorno mental, agora a conferência

pauta sua discussão principalmente na Saúde do Trabalhador, especialmente do (a) trabalhador (a) da saúde, na Saúde Mental. Propõe a capacitação e a qualificação continuada, uma gestão mais horizontalizada entre os trabalhadores, ou seja, melhores condições de trabalho. Em relação ao atendimento dos usuários o tema da conferência aponta para: “Cuidar sim, excluir não”, que representa as transformações do processo da reforma psiquiátrica, as propostas de caráter intersetorial de forma a garantir a integralidade e a equidade, estipula a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos até 2004, proíbe os métodos de eletrochoque e reconhece os serviços substitutivos como meio de reinserção social do portador de sofrimento mental. (MS, III CNSM, 2002)

Nesta trajetória da Reforma Psiquiátrica, foi aprovada em 2003 a Lei nº 10.708 que instituiu o Programa De Volta para Casa, que visa à alta e a reinserção social de pessoas internadas há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos. Ficou estabelecido o direito a uma bolsa-auxílio reabilitação para essas pessoas ao serem desinstitucionalizadas, e retornarem ao convívio social, no caso de haver um curador, este fica responsável pela administração de tal recurso.

A *IV Conferência Nacional de Saúde Mental* ocorreu apenas em 2010, resultado da *Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial*, em 30 de setembro de 2009 que, dentre outras reivindicações, exigiu a realização da CNSM. Esta por sua vez abordou a intersetorialidade através do tema: “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. (MS, IV CNSM, 2010). Portanto a conferência apresenta como propostas a necessidade de uma união de vários atores, para além dos profissionais da saúde, para uma real consolidação da reforma psiquiátrica e sua proposta de desinstitucionalização e humanização no tratamento.

Regulamentada pela portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS tornou-se a referência das políticas públicas em saúde mental do SUS. Os serviços que compõem essa rede são: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada (o CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, serviços

residenciais terapêuticos, reabilitação psicossocial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O CAPS, nas suas três modalidades, CAPSAD, CAPSi e CAPS I, II ou III atuam como um serviço que visa superar o tratamento hospitalocêntrico e meramente medicamentoso, conforme proposta da Reforma Psiquiátrica. Os procedimentos desenvolvidos atendem o paciente na sua totalidade, fortalecendo sua integração e vínculo com a comunidade, criando possibilidades para uma maior autonomia do usuário. Com relação às modalidades do Centro de Atenção Psicossocial vale ressaltar que a Portaria 3.588/17 propôs, entre outras modificações, a implantação do CAPS AD IV, em municípios e capitais de Estados com população superior a 500 mil habitantes, para o atendimento de pessoas “com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A proposta de trabalhar em rede, no cuidado da pessoa com transtorno mental, reconhecendo a Saúde Mental como responsabilidade de todos, pode ser considerado um avanço, pois o sofrimento mental abarca uma série de fatores. O adoecimento acontece no cotidiano do indivíduo, que está cercado por situações estressante, numa sociedade marcada pela competitividade, pelo preconceito, pela desigualdade social e econômica. A culpabilização do indivíduo por sua fragilidade, manifestada numa “doença” é, na verdade, uma forma de desresponsabilização das instâncias públicas e coletivas no cumprimento de políticas sociais que atuem na defesa e proteção do indivíduo. A ausência de um Estado de bem estar social e a presença de uma política neoliberal tende a propiciar cada vez mais o adoecimento da classe trabalhadora, que fica submetida ao livre mercado e a exploração capitalista que o coloca na condição de mercadoria, que vende sua força de trabalho em troca apenas da própria sobrevivência.

A multidisciplinaridade e a intersetorialidade são avanços importantes no trato com a doença, mas também se apresenta como um grande desafio em vista dos interesses do grande capital, que muito se beneficia com a hospitalização e medicalização da doença mental. O mandato social exercido pelo médico psiquiátrico, o dito “poder da caneta” ainda se faz muito presente nos nossos

serviços, até mesmo nos serviços substitutivos, o atendimento de característica biomédica é forte em nossa saúde pública. E o Capital pela sua grande influência e poder incentiva a manutenção desse tipo de “cuidado”, pois apenas o médico é legalizado a medicar e realizar pedido de exames e outros procedimentos que fazem parte do arsenal de serviços prestado pelo Capital. Portanto os serviços implantados pela reforma psiquiátrica, de reinserção social das pessoas com transtorno mental, através de serviços comunitários e oficinas terapêuticas atuam em contra mão com os interesses do Capital.

É verdade que o modo de produção capitalista tem estratégias de adaptação para cada realidade histórica, e no sentido do trato com a saúde mental não é diferente. Novos serviços, ou serviços que se apresentam apenas com uma nova roupagem veem sendo adotado pelo Capital, tal como a nova proposta colocada pela Portaria 3.588/2017 que aprovou a reformulação da Política de Saúde Mental, apresentando como retrocesso o fim da redução de leitos em hospitais psiquiátricos, encerrando o repasse dos recursos destinado aos CAPS a cada leito fechado, e a garantia do aumento do valor da diária paga por internação, com o falso argumento de qualificar o atendimento. Será criado um grupo interministerial para discutir a ampliação do número de vagas nas comunidades terapêuticas, de 5mil para 20 mil vagas com recursos públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Vale ressaltar que as comunidades terapêuticas são privadas e na sua grande maioria de cunho religioso. Essas e outras mudanças tem como intuito a entrada do Capital neste grande “empreendedorismo” que se tornará a saúde mental.

2.3 O Centro de Atenção Psicossocial e o CAPS II de Ouro Preto

Na resolução da VIII CNS, a saúde assume um caráter universal e descentralizado, como “direito de todos e dever do Estado” fortalecendo a autonomia dos municípios para desenvolverem um serviço compatível com a realidade regional. É neste contexto e diante das mobilizações marcantes do MTSM e da significativa participação dos usuários e familiares da saúde mental que surge o primeiro CAPS e

o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), oficializados pelo MS através da Portaria nº 224 em 29 de Janeiro de 1992.

A proposta de desinstitucionalização e humanização no trato com as pessoas com transtorno mental e os avanços ocorridos na saúde pública contribuíram para que gestores do município de Santos-SP decidissem pelo fechamento de um hospital psiquiátrico, com graves violações de direitos humanos, e a criação de uma rede de serviços substitutivos como o CAPS, cinco NAPS, residências para os egressos do hospital, cooperativa de trabalho, projetos culturais e alguns programas intersetoriais voltados para um público mais amplo. (AMARANTE e NUNES, 2018, p.2071).

O CAPS atua de forma intermediária entre a hospitalização e o atendimento ambulatorial para pacientes com quadro psiquiátrico grave e persistente, definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita, este serviço é uma importante referência para a RAPS, visto ser sua porta de entrada. São serviços comunitários, destinados a estimular a integração social e o empoderamento dos usuários, visa também à participação dos familiares neste processo de cuidado. O trabalho multiprofissional que conta com um conjunto de conhecimentos e saberes, pela própria composição da equipe, desenvolvem atendimentos que exigem dinamismo e criatividade em vista da complexidade do público alvo. Suas ações consistem em atendimento individual e em grupo, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, busca ativa, atendimento à família, entre outros. A equipe multiprofissional é composta por médico com formação em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, além de enfermeiro, do técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O financiamento deste serviço é de responsabilidade do Distrito Federal, do Estado e do Município. O Ministério da Saúde repassa o recurso para os três entes da seguinte maneira: por convênios, remuneração por serviços produzidos, e transferência fundo a fundo (da União para os Estados e Municípios). Para o recebimento do recurso do Governo é necessário o preenchimento de um

documento chamado Registro Atendimento Ambulatorial de Saúde (RAAS) realizado pelos profissionais da RT do CAPS. Os Conselhos de Saúde da União, dos Estados e Municípios, devem acompanhar o direcionamento e a utilização dos recursos destinados à área da saúde possibilitando a participação da sociedade civil no controle social.

Os CAPS são divididos em modalidades de acordo com o número populacional e o público alvo. Conforme parâmetros da Portaria nº3088/2011 ficam definidos os seguintes critérios:

O CAPSI destinado a atender municípios com população acima de vinte mil habitantes, seu público alvo consiste em pessoas com transtorno mental grave e persistente;

CAPSII atendem municípios com população acima de setenta mil habitantes, corresponde ao mesmo público da CAPSI, salientando que ambos devem atender usuários em sofrimento decorrente do uso de álcool de outras drogas como condição secundária a situação clínica de transtorno mental;

CAPSIII indicado para municípios com população acima de duzentos mil habitantes, atendimento vinte quatro horas todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana. Além do atendimento às pessoas com transtorno mental grave e persistente fica responsável por dar suporte e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, como o CAPS AD;

CAPS AD atendimento em municípios com população acima de duzentos mil habitantes, destinado às pessoas em situação de sofrimento, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo além de adultos, crianças e adolescentes. Nesta categoria inclui ainda, duas modalidades, o CAPS ADIII de atendimento de vinte quatro horas, todos os dias, contando com serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento. Além do CAPS AD IV novidade da Portaria 3.588/17 já mencionada anteriormente;

CAPSi destinado a atender municípios com população acima de cento e cinquenta mil habitantes, seu público alvo consiste em crianças e adolescentes com

transtorno mental grave e persistente, além dos que fazem uso de álcool de outras drogas.

Apesar dessa abordagem mais ampla, com o objetivo de esclarecimento, o foco dessa pesquisa será o CAPSII como uma das modalidades atuante em Ouro Preto e como centro do meu interesse como trabalhadora e pesquisadora, portanto vamos nos atermos, às particularidades do CAPSII do município referido acima.

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS I, presente na cidade Ouro Preto/MG, foi recentemente credenciado como CAPS II, devido à demanda do serviço na sede e nos distritos correspondentes. Em 1994 o Conselho Municipal de Saúde de Ouro Preto juntamente com a Comissão Técnica da Diretoria Metropolitana de Saúde de Belo Horizonte aprovou a criação do Ambulatório especializado e de Oficinas Terapêuticas, em acordo com as normas expressas na Portaria nº 224/1992, passando a atender os pacientes que antes, na sua maioria, eram direcionados aos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte (Hospital Raul Soares e Hospital Galba Veloso).

Quatro anos depois, em 1998 foi aprovada uma reorganização do Serviço de Saúde Mental, principalmente no atendimento à crise e à urgência, o que resultou na implantação do NAPS no Município de Ouro Preto em novembro de 1999, e em 2002 o CAPSI, abarcando um atendimento de cuidados intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Entretanto diante da demanda apresentada pela cidade de Ouro Preto de pessoas em situação de sofrimento advindo do uso de álcool e outras drogas o CAPSI assume esses atendimentos em um mesmo espaço físico a partir de 2005, até esse momento atendia também crianças e adolescentes com transtornos mentais, mas diante da inviabilidade de articulação de todas essas demanda o público correspondente a um CAPSi teve seu atendimento garantido por psicólogos na Secretaria de Educação, apenas em 2008 ocorreu à criação deste serviço especializado, no mesmo ano de inauguração também do CAPS AD. (ALBANO, 2010).

Atualmente o CAPSII está localizado no bairro Água Limpa em um prédio antigo, do patrimônio histórico. O quadro de funcionários está composto por 11 profissionais de nível superior: 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 2

psicólogos, entretanto recentemente um deles foi afastado por motivos de doença, 3 psiquiatras, 1 gerente técnico e administrativo, 1 farmacêutica, 1 enfermeiro, 1 monitora de oficina terapêutica; profissionais de nível médio: 2 auxiliares de enfermagem; profissionais de apoio: 2 agentes administrativos e 2 auxiliares de serviço.

Segundo relatos dos profissionais o trato com a pessoa com transtorno mental demanda uma atenção grande e os desdobramentos das atividades diárias acabam por exigir um tempo e disposição muito grande da equipe e queixam-se do quadro de funcionários que nem sempre foi com essa composição, houve momentos em que a equipe contava com um número maior de profissionais, além disso, atualmente existe uma ausência de recursos materiais como, por exemplo, transporte para a locomoção dos usuários para atividades ligadas ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), para atividades dos profissionais, tais como visita domiciliar e buscas ativas, entre outras necessidades e rotinas do serviço.

Os usuários do CAPSII são pessoas adultas com transtorno mental grave e persistente, mas como dispositivo que atua de portas abertas a equipe traz relatos de um atendimento que ultrapassam esses critérios estipulados pelo MS, ela nos aponta alguns fatores que têm contribuído para esse aumento da demanda ao serem questionados sobre o papel e a atuação dos profissionais no cotidiano do serviço.

“(…) Então é, os CAPSs seriam, talvez, as referências para uma política de cuidado que visa acompanhar a pessoa que tem algum sofrimento grave (...) hoje o CAPS, o nosso CAPS, por exemplo, ele ainda tá muito CAPS centrado, né. A gente conversa pouco com a rede, a gente ainda tem muitos problemas em conseguir nos, conseguir focar no, no paciente grave, nessa pessoa que precisa de um cuidado mais complexo né, e ainda tá muito ambulatorial. Então hoje eu vejo o nosso CAPS assim, muito centrado, muito, ainda muito isolado e muito pouco efetivo se você pensar no, na função principal dele né, que é a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mais graves.” (RT1)

“Na prática a gente tem observado principalmente no decorrer do último ano uma precariedade da AB que está vindo pro CAPS, todos os casos, né. Então os transtornos depressivos leves, transtorno de ansiedade, a própria questão da, da falta de perspectiva de emprego, de condição de vida, então o CAPS, hoje em dia, ele tá recebendo todo esse público, mesmo porque o CAPS é um servi, um dispositivo de porta aberta, né. Então a gente tem percebido um aumento crescente da demanda, muito da AB, porque na verdade éee, a AB é a porta de entrada né, é onde o, o usuário tem que

procurar primeiro, então muitas vezes eles veem até o CAPS, é, esperando um atendimento rápido, então quando você questiona: 'Você foi no seu posto? Você tem contato com o médico lá?' Muitos nunca foram nos postos, muitos nem sabe quem é o médico que tá no posto, então vem pra cá, como se fosse um atendimento emergencial, como se fosse UPA, né." (RT2)

"(...) os atendimentos nosso, tem sido é, a demanda praticamente, toda demanda de psicologia da, do município vem pra gente, né. O que seria só serviço de urgência mesmo, só pra casos mais graves, é, só pra crises, então acaba chegando todo tipo de atendimento pra gente, então, isso, a gente não consegue, fica mais difícil né, foca na, nas urgências, é muita gente que precisa de atendimento, a gente fica um pouco mais, não consegue dá conta de, do que todo mundo precisa mesmo, né." (RT3)

Portanto o que foi idealizado pelo MS, na política de saúde mental que tem o CAPS II como dispositivo que traz uma nova proposta de cuidado, de reabilitação psicossocial por meio de um trabalho em rede, que precisa de outros serviços e parcerias para atuar na totalidade do indivíduo, visando um cuidado integral e comprometido com a inserção social da pessoa com transtorno mental grave e persistente, que durante anos foi submetida ao isolamento social, na prática, o profissional nem sempre consegue atuar dentro desses parâmetros definido para o serviço, pois deparam com uma rede fragilizada, com profissionais sobrecarregados por uma falta de estrutura e amparo da gestão.

Do outro lado vimos o contexto da AB que também reclama de falta de recursos humanos e materiais para atender a demanda que chega ao serviço e reconhecem, de forma unânime, a necessidade que têm do apoio do CAPS para exercerem melhor esse cuidado á pessoa com transtorno mental, reconhecem suas fragilidades nesta atuação, principalmente após a saída do NASF que atuava tanto como elo entre essas duas equipes como também no processo de capacitação das eSF a partir do trabalho que realizavam nas UBS.

"(...) eu acho também que o CAPS tem esse papel de ser referência para a AP, de ser a nossa referência aqui na AP pra casos que a gente não dá conta de conduzir sozinhos, é então, a gente precisa dessa parceria do CAPS de assumir junto com a gente alguns casos, ser a nossa referência com o serviço especializado de saúde mental" (Enfermeiro L).

O médico da família, que denominaremos de X, ressalta, em outro momento, que a saída do NASF representou uma regressão completa e explica:

"(...) a gente tinha uma inserção grande do NASF com a inserção do serviço social, de psicólogo, terapeuta ocupacional e tudo que conseguia, de certa

forma, atuar de uma forma mais integral e eu acho que isso faz toda diferença pro paciente de saúde mental (...).”

O serviço do CAPSII funciona durante os cinco dias úteis da semana de 08 às 17 horas. Embora as diretrizes definam como fechamento às 18 horas, em acordo com a Secretária Municipal de Saúde foi possível estipular o novo horário devido ao quadro reduzido de funcionários. Durante o decorrer do dia oferecem os seguintes serviços: dispensação de medicação, acolhimento, plantão e permanência-dia e alguns atendimentos agendados previamente. A instituição possui uma farmácia, a qual atendem dois tipos de demanda, a medicação de urgência realizada no local e a entrega e acompanhamento da medicação de paciente/usuário periódico. No CAPS II há uma sala de observação para algum caso de usuário não se sentir bem e necessitar de atendimento e medicação, orientado pelo psiquiatra presente no serviço.

Tanto o acolhimento como o plantão corresponde ao atendimento realizado por um profissional da RT, que estando na escala, torna se responsável por essa primeira escuta, consiste no atendimento não agendado, de demandas espontâneas ou encaminhado por outros serviços da rede que chegam ao CAPS para uma primeira avaliação, portanto funcionam como uma triagem que define a demanda como sendo correspondente ao CAPS ou não e o direcionamento mais apropriado à pessoa que buscou o serviço, ela pode ser reagendada para o acompanhamento no CAPSII, pode ser encaminhada para outro serviço da rede ou/e quando necessário e havendo possibilidade, atendida, de imediato, pelo psiquiatra.

A Permanência dia – PD refere se aos usuários que com uma frequência maior estão presentes no serviço, desenvolvem atividades na oficina terapêutica direcionada pela monitora de oficina, atualmente de formação em artes cênica, atividade física e integração com outras pessoas, fortalecendo os vínculos, trabalhando a autonomia e a inserção na sociedade, além de garantir os cuidados essenciais como o lanche da manhã e o almoço, o cuidado com a higiene pessoal, além da atenção ao uso adequado de medicamentos, pois os usuários da PD encontram-se num momento de crise e, portanto de maior vulnerabilidade.

A PD é definida de acordo com a necessidade individual do sujeito naquele momento, esses critérios partem do PTS elaborado pela RT em harmonia com a equipe multiprofissional, o usuário e familiar, nas oficinas busca se respeitar as aptidões e habilidades do usuário para a definição de atividades. A RT consiste naquele profissional de curso superior que fica responsável pela elaboração do PTS do usuário, pelo seu cuidado e acompanhamento mais de perto, contando com contribuições dos demais profissionais na discussão de casos.

Outro fator que contribui para a integração social dos usuários é a parceria do CAPSII com o Museu da Inconfidência que promoveu o Projeto Girassol, por meio de passeios culturais com os pacientes como forma de identificação cultural e reconhecimento dos espaços públicos, trabalhando com eles o sentido de cidadania, entretanto, no momento o projeto esteja interrompido por falta de verba. Ocorrem também as oficinas de artesanatos como uma forma de desenvolver a criatividade e potencialidades dos sujeitos. A Fundação de Artes de Ouro Preto (FAOP) também já contribuiu com o serviço, através da disponibilização de vagas para os usuários do CAPS II nos cursos realizados em sua sede.

Com relação aos familiares, acontece uma vez no mês o grupo de família que tem o objetivo de ouvir os familiares dos usuários, suas dificuldades e inquietudes na convivência diária com eles, visando fortalecer a participação e o vínculo familiar. O grupo familiar a cada ano busca apresentar e oferecer uma nova metodologia, tendo como intuito que os próprios familiares elaborem a identidade do grupo, apresentando suas necessidades e anseios, visto que é um grupo destinado a eles não tendo nem mesmo a participação dos pacientes/usuários. Anualmente são definidos dois profissionais responsáveis para coordenarem esses encontros, entretanto a presença da assistente social tem sido constante.

Para efetivação e qualificação do serviço ocorre semanalmente a reunião de equipe do CAPS II, mais especificamente na quarta feira no turno da manhã, para discussão de casos clínicos, coordenação administrativa e organização do serviço. É um momento marcado pela troca de saberes em que cada profissional de acordo com sua área de formação e experiência, contribui na tomada de decisão para o melhor andamento do serviço. Os profissionais da AB mencionaram que em outros

momentos participaram dessa reunião, juntamente com a equipe do NASF que fazia um intercâmbio entre o CAPS e a AB.

A RT3 do CAPS confirma:

“Sim, com certeza, no princípio o pessoal do NASF vinha nas reuniões, participavam com a gente é, e fazia essa troca lá nos postos (...)”.

A discussão de casos não se limita á essa reunião, mas é uma constante entre a equipe do CAPS II, mantendo o respeito ao papel e a autonomia de cada profissional. Outro momento importante é o Fórum Intersectorial que consiste numa estratégia do CAPS II para a discussão dos casos da infância e juventude, que envolve toda a rede, ocorre mensalmente trazendo discussão de casos específicos em momentos críticos que exige a convocação de setores envolvidos com o indivíduo em questão, tais com escolas, CREAS, CRAS, entre outros serviços da rede que disponibiliza representantes do serviço para a discussão.

Mensalmente ocorre também a reunião ampliada entres as três modalidades de CAPS existente em Ouro Preto, os profissionais buscam discutir casos clínicos que tem relação entre os serviços visando uma integração e possibilidades no cuidado. Outro apontamento dessa reunião ampliada são situações de caráter organizacional e administrativo, pois esses serviços possuem muitos pontos em comum, como por exemplo, eventos anuais e a Associação dos usuários e familiares da Rede de Saúde Mental de Ouro Preto (ACOLHER), que conta com a presença de uma RT de cada serviço, como atribuição dos profissionais da Saúde Mental.

A ACOLHER consiste num projeto em andamento que visa colaborar com a integração social e o protagonismo dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Tem como objetivo ofertar cursos visando geração de renda para os usuários, seguindo o conceito de Economia Solidária como alternativa, pois são grandes os desafios impostos às pessoas com transtorno mental ou em situação de sofrimento decorrente de álcool e outras drogas, no acesso ao mercado de trabalho. A associação também está inserida na luta Antimanicomial, defendendo uma nova maneira de pensar a saúde mental e buscando despertar nos indivíduos uma consciência política. As reuniões acontecem quinzenalmente com toda a coordenação do ACOLHER composta por usuários dos CAPSs e uma RT de cada

serviço. As oficinas acontecem em alternância com as reuniões, portanto quinzenalmente.

Os serviços de Saúde Mental de Ouro Preto organiza todo ano uma intervenção cultural no carnaval, através do Bloco dos Conspirados, que há 11 anos marca a abertura dessa festa popular, contribuindo para a união entre os profissionais e usuários, e promovendo a luta pela defesa dos direitos das pessoas com transtorno mental ou dependência química, em situação de sofrimento. O Bloco Conspirado tem um caráter político que possibilita, a cada ano, despertar na população um olhar comprometido para esse público, marcado por uma história de exclusão e negligência, pessoas estigmatizadas e ainda invisíveis aos olhos de muitos.

Quando mencionamos as dinâmicas de reuniões entre as equipes e serviços de Saúde Mental e a sua importância no cuidado integral dos usuários, por ser um espaço que conta com um conjunto de conhecimento, saberes e experiências profissionais diversas, não relatamos algo muito observado e questionado que é a presença, ou melhor, dizendo, a constante ausência do profissional psiquiatra nesses momentos fundamentais para o andamento das atividades no serviço.

Desde o momento em que a loucura entra na definição de doença mental, que precisa ser tratada e medicalizada, é o médico que assume essa demanda, ele torna-se o centro e o detentor de poder sobre o “doente”, é ele que define o diagnóstico e direciona o tratamento ideal. Entretanto a partir da Reforma Psiquiátrica esse saber centrado no psiquiatra é questionado e outros profissionais são convidados a compor esse novo modo de exercer o cuidado.

Mas o que se percebe é que na grande maioria das vezes o psiquiatra, permanece atuando de forma independente e isolada dos demais profissionais, seu lugar intacto ainda não foi desconstruído. O médico psiquiatra parece ainda estar preso às antigas formas de tratar a loucura, quando atua apenas no atendimento para renovação de receitas, pois a questão da medicalização ainda é muito presente na prática do cuidado e quando não atua de forma articulada com os demais membros da equipe. Em conversa com os profissionais da RT, eles nos fizeram apontamentos interessantes acerca dessa centralização no médico, que ocorre tanto

por parte do próprio médico como pelos demais profissionais e principalmente pelos próprios pacientes, pois envolve questões muito enraizadas na cultura do povo e na formação dos profissionais, como resquício das antigas formas de tratamento do transtorno mental, conforme nos explica a RT1:

“É tem também uma questão que é de uma política que ainda tá se construindo, porque antes você tinha um manicômio, um muro que dava conta de segurar aquele sujeito ali e quando você sai do hospital você começa a pensar em outros tipos de contenções né, você tinha a contenção física, aquela que amarrava o sujeito, que prendia ele, agora você não tem mais e aí, às vezes uma visão manicomial vai te levar pra uma contenção química, né, de medicar aquele sujeito pra calar, pra segurar (...)”

A RT1 faz uma leitura do contexto político que estamos vivenciando atualmente, nos lembra das novas diretrizes do MS acerca da política de saúde mental que amplia as possibilidades do capital privado assumir o “cuidado” da pessoa com transtorno mental, centralizando cada vez mais na pessoa do médico, ampliando o serviço ambulatorial e reforçando a prática da internação. O movimento que temos presenciado é de desconstrução do SUS que representa um retrocesso nas propostas da Reforma Psiquiatria, visto que

“A política antimanicomial só existe porque existe SUS, porque os princípios do SUS é que vão nortear uma política de saúde mental, de entender que cada sujeito é único, de que cada sujeito precisa de um cuidado diferente, porque todo mundo é diferente (...)”. (RT1)

A RT2 relata a dificuldade de superar essa centralização no médico quando diz

“(...) sabemos da importância de cada profissional, mais mesmo aqui a gente lida com muitas dificuldades em relação à relação com o psiquiatra, que é, uma luta tentar sair um pouco do discurso medicamentoso, quando a gente se vê a gente tá reproduzindo esse discurso, a linguagem própria do médico né, então assim, a gente vê que ainda tá muito centrado e em contrapartida nós estamos cada vez com menos condições de tá ampliando nossa rede de cuidado fora médico, né (...)”

A RT1 e a RT3 nos apresentam o posicionamento dos usuários em relação ao médico, o quanto ainda são dependentes desse atendimento e mesmo da medicação, ao ponto de medirem a efetividade da consulta a partir de uma receita na mão. A cultura medicamentosa que acredita poder encontrar no remédio a solução e alívio para todos os problemas.

O médico da AB, em outro momento em que conversávamos sobre como as UBS tem atuado no cuidado com a pessoa com sofrimento mental, apresenta essa concepção centralizada no médico partindo da própria gestão, e discorda.

“(...) por eu achar que as pessoas, ai eu vou colocar as pessoas que gerem essa rede entendem que é meio centralizada no médico, eu tenho um receio que elas estejam muito erradas (...) meu trabalho é muito limitado a uma questão de colocar uma nosologia naquela pessoa e entender o que, que ela tem de fatores que podem precipitar ou contribuir.” (Médico X)

Entendemos que existe uma manutenção do poder da categoria médica em geral, por meio da política de saúde e no processo de formação dos profissionais, ainda com um caráter biomédico, com um olhar muito voltado para doença e não para o doente. Na verdade é a relação do Capital presente nessas estruturas, pois a restrição de funções a um determinado grupo garante sua permanência no mercado e a valorização da sua força de trabalho. Além do interesse da grande indústria farmacêutica e de demais empresas vinculadas a tecnologia científica na permanência da hegemonia médica. É uma discussão muito ampla e complexa que mereceria uma pesquisa específica para o assunto, portanto voltemos à particularidade do CAPSII, que conta hoje com a atuação de três psiquiatras com carga horária semanal de 8 horas cada um, o que significa que, dois dias da semana o serviço não realiza atendimentos da psiquiatria.

Os vínculos de trabalho desses profissionais são de contrato, como talvez a grande maioria dos médicos que atuam na Prefeitura Municipal de Ouro Preto, pois dificilmente há interesse dessa categoria de se limitar a um cargo de funcionário público municipal, além de ser mais oneroso ao município, que por isto prefere manter o contrato.

O psiquiatra não assume a definição de RT, propriamente dito, assim como os profissionais de nível médio, mas torna se responsável por uma determinada área de abrangência juntamente com um profissional da RT, a partir da estratégia de territorialização adotada pelo CAPS II, como forma de facilitar o contato da AB com o a equipe do serviço, pois na medida em que a eSF sabe quem é a referência médica e a RT responsável pelo seu território, isto facilita o acesso aos profissionais. As RTs como forma de desenvolver um trabalho mais articulado com os psiquiatras, que não participam da reunião semanal de equipe, devido também à incompatibilidade de

horário, buscam no decorrer do dia chamar a atenção desses profissionais para alguma discussão de caso que foi abordada na reunião anterior ou mesmo entre os profissionais a respeito de algum usuário, ou seja, os psiquiatras permanecendo em sua sala de atendimento e são buscados pela equipe quando esta considera necessário.

Vale ressaltar que nossa intenção aqui não é avaliar a conduta deste ou daquele profissional ou serviço, mas colocar como debate as propostas apresentadas pela Reforma Psiquiátrica, regulamentadas pelas leis e portarias do MS, que propõe a superação tanto do tratamento manicomial e meramente medicamentoso quanto qualquer outro tipo de isolamento da pessoa com transtorno mental, por meio de um cuidado mais integral que se torna possível através do trabalho em rede, que exige articulação, comunicação, cooperação e troca de saberes em benefício do usuário. Entretanto sabemos que os desafios são grandes diante de um sistema de produção capitalista que atua de forma contrária a conduta do trabalho em rede, pois suas ações e decisões não consideram o bem estar do indivíduo, mas a rentabilidade desta ou daquela ação.

CAPÍTULO III - PROPOSTAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL

Neste capítulo buscamos apresentar algumas das ações do Ministério da Saúde, em parceria com demais seguimentos da saúde, voltadas para o fortalecimento da articulação entre AB e Saúde Mental, proposta apresentada desde a IV CNSM. Como marco, podemos mencionar a inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de modo a despertar os profissionais deste serviço para as necessidades desse público. A partir disso torna-se indispensável o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais, entretanto identificamos na pesquisa empírica que a prática dessa ação ainda apresenta-se muito fragilizada e dependente de uma busca pessoal do profissional.

O matriciamento como outra proposta do MS, de articulação entre AB e Saúde Mental, foi apresentado neste capítulo como forma de esclarecimento de sua finalidade e funcionalidade, ressaltando as dificuldades para a sua efetivação, particularmente no município de Ouro Preto. Atualmente não há incentivo da gestão, faltam recursos humanos e materiais, para implantação dessa proposta. Fizemos um apontamento da saída do NASF e, partindo da nossa pesquisa empírica, o impacto que isto representou na articulação entre esses dois serviços.

3.1 Ações para a inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica

O Ministério da Saúde (2011) preconiza a interação entre a Atenção Básica e os serviços especializados em Saúde Mental por meio da Portaria nº 3.088/2011 que instituiu a RAPS, tendo as UBS como componentes e o CAPS como articulador e regulador dessa rede em seus diferentes pontos de atenção. Essa proposta já havia sido discutida também na IV CNSM, que se destacou como a conferência da intersetorialidade, por reconhecer a necessidade de tratar a pessoa com transtorno mental na sua integralidade. O trabalho em rede tem esse objetivo, proporcionar a

integralidade do cuidado, por meio de organização e articulação baseadas na cooperação e vínculo entre os serviços. Outros movimentos, na direção da inclusão da saúde mental da atenção básica, já haviam sido desenvolvidos visando o fortalecimento dessa integração, tais como:

A Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica” realizada em março de 2001, em abril de 2002 é a vez do Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica e em julho de 2003 acontece a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”. Esses eventos contaram com a participação do Departamento de Atenção Básica (DAB), Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do país, com parcerias como MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Como resultado dessas discussões a CGSM juntamente com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, propõe como diretrizes: o Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica, Formação como estratégia prioritária para inclusão da Saúde Mental na *Atenção Básica* e a inclusão da Saúde Mental no SIAB, o que quer dizer que, a saúde mental entra no debate e na elaboração de estratégia de promoção, prevenção e cuidado na AB, ela passa a fazer parte dos dados desse serviço, portanto é também uma responsabilidade da AB. Mas as discussões envolvendo essa relação entre Saúde Mental e Atenção Básica permanecem e encontros e eventos constantemente retornam neste tema, talvez pela sua dificuldade de efetivação.

No I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial (ENRAPS) do SUS realizado em dezembro de 2013, com forte participação de trabalhadores de outros setores e das Redes de Atenção à Saúde, gestores, familiares e usuários, participantes de movimentos sociais da luta antimanicomial, entre outras entidades da sociedade civil, tinha como objetivo a troca de experiências que pudessem contribuir para o fortalecimento da RAPS na implantação de estratégias de garantia de direito da Saúde Mental. Nesta discussão algumas indicações foram elaboradas,

dentre elas a intersectorialidade, a interface com a atenção básica, o protagonismo de usuários e familiares e a afirmação e construção de direitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD) visando à capacitação dos profissionais e para uma melhor articulação entre esses dois serviços, construíram algumas ações voltadas para a Atenção Básica, como o *Programa Caminhos do Cuidado*, pactuado pelo Ministério da Saúde, Fiocruz/ICICT - RJ, Grupo Hospitalar Conceição -RS; Rede de Escolas Técnicas do SUS. Aplicado aos ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, o curso teve como enfoque o crack, álcool e outras drogas, num contexto de enfrentamento do crack, superação de preconceito para com os usuários e o cuidado da saúde daqueles em situação de sofrimento, numa perspectiva de redução de danos. Iniciado em 2013 e finalizado em 2015 alcançou 292.196 profissionais de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Outro destaque foi a elaboração e divulgação do Caderno de Atenção Básica nº 34 publicada em julho 2013 que consiste numa estratégia de educação permanente para os profissionais da Atenção Básica, e em 2016 com previsão de uma nova tiragem direcionada aos profissionais do CAPS, trazendo tópicos como: “Cuidado da Pessoa em Sofrimento: Conceitos gerais e aplicações práticas”, “Instrumentos de intervenção psicossocial”, “Situações de saúde mental comuns na Atenção Básica”, “A ligação da cartografia à intervenção multiprofissional”, entre outros. (BRASIL, 2013). A partir dessas ações a discussão do tema da saúde mental na Atenção Básica tornou-se constante em eventos, encontros nacionais e seminários resultando em documentos e orientações conjuntas de estratégia de educação continuada nas duas áreas, para os trabalhadores e gestores. A Atenção Básica compõe módulos de Educação à Distância (EAD) em Saúde Mental, Telessaúde, e Percursos Formativos, muito usados também pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O processo de capacitação e educação permanente entre os profissionais de saúde é de extremamente importante, pois reconhecemos que a formação inicial não abarca todas as necessidades que vão surgindo no decorrer da atuação, além das dificuldades dos profissionais da AB de lidar com questões relacionadas á saúde

mental, isto porque é preciso, primeiro, desconstruir a exclusiva relação que se faz de saúde mental com “doença” mental, pois na formação desses profissionais, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, na maioria das vezes, foram lhes apresentados pacientes em situação de transtorno mental grave ou outros em momento de crise, sendo que na rotina da UBS os casos mais constantes são de transtornos leves e/ou comuns. Além de considerarmos as fragilidades no processo de formação já mencionado pelos próprios profissionais, uma formação fragmentada e ainda com características muito de um modelo biomédico.

O matriciamento é apontado como importante dispositivo para a realização do cuidado integral aos usuários e também pelo seu caráter técnico pedagógico, em vista da troca de saberes e experiências entre os profissionais. Mas o que é o matriciamento e como ele funciona na prática? Um dos objetivos dessa pesquisa é justamente entender como funciona o matriciamento, como estratégia de cuidado realizado entre os serviços de Saúde Mental e Atenção Básica, pois ele traz consigo muitas dúvidas entre os profissionais da saúde no que se refere a sua prática real.

3.2 Matriciamento como estratégia de cuidado

O matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica envolve a equipe de apoio matricial e a equipe de referência, respectivamente. Sua proposta é superar a lógica de encaminhamentos, referências e contra referências, e desenvolver um atendimento interdisciplinar, de corresponsabilização, ampliando as possibilidades na produção do cuidado, reforça o acompanhamento do usuário na sua comunidade e por meio da elaboração de um PTS pelos profissionais envolvidos, da eSF e da Saúde Mental, evitar a medicalização do sofrimento e a cronificação de agravos no quadro clínico do usuário. Vale ressaltar que o trabalho é sempre desenvolvido em conjunto, ou seja, não trata se de um atendimento do profissional do serviço de saúde mental na UBS, mas sim de uma construção que conta com a experiência e conhecimento de todos os profissionais de ambas as equipes.

Um dos profissionais do CAPS nos relatou a dificuldade que a AB tem de compreender essa dinâmica, quando nos lembra de um projeto inicial de matriciamento que ocorreu no município, sem continuidade. Nesta ocasião ela (o) trabalhava em Amarantina, distrito de Ouro Preto, e observou que quando ficou definido a vinda do psiquiatra na UBS para dar início ao matriciamento, a atitude da equipe foi agendar várias pessoas e quando o profissional chegou ao serviço, a agenda já estava cheia e já havia fila para o atendimento. A equipe não havia considerado a estratégia de discussão de casos e sim como um atendimento isolado do psiquiatra. Completando essa fala, outro profissional do serviço de saúde mental aponta a necessidade de uma capacitação das equipes

“(...) a gente precisa de uma formação tanto CAPS quanto AB pra matriciamento, pra gente pensar o tipo de matriciamento que a gente quê fazer no nosso município, então eu vejo isso, a gente precisa de equipe, e a gente precisa de formação, essas duas coisas.” (RT1)

Conforme determinado pelo Ministério da Saúde (2003) em localidades onde houver a implantação de CAPS, Oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental, esses profissionais ficam responsáveis por oferecer o apoio matricial às equipes de AB, mas para os municípios onde não houver serviço de saúde mental ou com número reduzido de profissionais deve se ampliar o número de CAPS ou implantar uma equipe para o apoio matricial que atenda no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes. Com composição mínima de um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação na área de saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro etc.) e auxiliar de enfermagem.

O matriciamento é recomendado em situações de dificuldade de diagnóstico, abordagem familiar, elaboração de PTS ou mesmo por dificuldade de adesão do paciente, inclusive dos que já são acompanhados pelo CAPS, mas pertencentes a área de abrangência da UBS, intervenções psicossocial a pacientes com transtorno mental e em casos de situações de dificuldades nas relações pessoais e na realidade do trabalho diário da equipe, pois o matriciador pode contribuir não no sentido de ser terapeuta da equipe, mas como orientador no processo de trabalho, no contexto pedagógico do matriciamento. É importante que ao ser convocado pela

eSF o matriciador tenha todas as informações possíveis, a começar pelo motivo inicial de sua convocação e depois questões que tem ligação direta e indireta com o usuário que está demandando um cuidado interdisciplinar.

Em questões como elaboração de diagnóstico o matriciador precisa estimular os profissionais da referência a observarem primeiramente o quadro clínico, como sintomas e sinais, sem a necessidade de uma exatidão psicopatológica de um especialista. Não é exatamente o diagnóstico final que define a intervenção, até porque, no que se refere ao diagnóstico de transtorno mental grave, é necessário um tempo maior de acompanhamento mesmo por profissionais especialistas como o psiquiatra. A partir de um conhecimento de outros problemas de saúde, estilo de personalidade, contexto social ou questão social envolvida no caso, grau de capacidade ou incapacidade, entre outras informações, é possível construir o PTS, estimulado e orientado pelo matriciador, considerando uma abordagem biológica e farmacológica, psicossocial e familiar e a possibilidade de necessitar de apoio do sistema de saúde e da rede comunitária, além-claro, do trabalho em equipe. (CHIAVERINI, 2011).

Para a realização do apoio matricial é comum à utilização de alguns instrumentos como a Interconsulta, que conta com algumas modalidades como a discussão de caso, sendo uma característica marcante deste instrumento, a consulta conjunta e a visita domiciliar conjunta, que envolvem além dos profissionais de saúde, o paciente e, se necessário, a família deste. A interconsulta é uma prática interdisciplinar, por envolver vários profissionais de áreas de conhecimento diferentes, que possibilita uma troca de experiência e conseqüentemente com grande potencial de contribuir na educação permanente dos profissionais. Seu objetivo principal é a construção do PTS, ampliando as possibilidades de um cuidado integral.

A discussão de caso que ocorre entre os profissionais, envolvendo uma diversidade de área de saberes, precisa abordar problemas diversos que podem estar vinculado com a vida do usuário em questão, ou seja, apontamentos biopsicossociais precisam ser considerados como ponto de discussão. Conforme foi colocado anteriormente na convocação do matriciamento, em situações de

discussão de caso é preciso que fique claro o motivo pelo qual aquele caso deve ser discutido, pois a equipe de referência pode trazer motivos distintos do paciente e/ou familiar deste. Outro ponto importante é a apresentação da real situação atual do caso para melhor definir quais intervenções podem ser adotadas, reconhecendo os recursos disponíveis para a realização do PTS, pois estipular metas inalcançáveis é estar fadado ao fracasso.

Chiaverini (2011) orienta que a equipe precisa entender com clareza qual é seu papel no serviço de saúde, não cabe a ela resolver os problemas da comunidade e por fim ao sofrimento emocional do usuário, é preciso superar a concepção de “solução do problema”, o profissional atua com a proposta de apoiar e minimizar o sofrimento e construir estratégias que possam contribuir com usuário para que ele mesmo encontre caminhos alternativos de lidar com o sofrimento que é inerente a condição humana.

A consulta conjunta obviamente conta com a presença do usuário e familiar, quando necessário, além-claro dos profissionais, equipe de referência e equipe de matriciadores. Para caracterizar uma consulta conjunta é necessário que esteja presente minimamente um profissional matriciador e um matriciando, não havendo restrição para nenhum dos profissionais de ambas as equipes de participarem, sendo importante uma observação maior com relação ao ACS, para que sua participação na consulta conjunta não venha a prejudicar o vínculo com o usuário em questão, considerando que esta categoria atua na comunidade em que residem (usuário e ACS). Como todos os instrumentos utilizados no apoio matricial, a consulta conjunta também apresenta um caráter pedagógico, pois quanto maior for a participação de diferentes categorias profissionais, a troca de saberes e experiências, dúvidas e questionamentos contribuem para que os envolvidos ampliem seus conhecimentos acerca das peculiaridades tanto da Atenção Básica, como da Saúde Mental, enriquecendo atuações futuras.

O papel do matriciador é estimular a eSF a colocar suas competências em cada caso atendido, não cabe a ele traçar todos os processos, mas sim construir juntamente com a equipe da AB o melhor procedimento e por fim o PTS, possível de ser realizado pelo usuário. Para alguns profissionais do CAPS uma das dificuldades

da interação entre os dois serviços é justamente essa ideia distorcida do matriciamento e da atuação da saúde mental na Atenção Básica, como denota essa fala da RT2

“Eu vejo que é uma questão muito, muito complicada, muito tênue, éee, o papel do, como que vai se inserir o profissional da, do CAPS na AB porque, primeiro depende da equipe, não é qualquer equipe que recebe nós, a gente bem, né! Talvez até por isso, acha que nós vamos ditar as coisas, enquanto que o nosso papel não é esse, é a gente tá fortalecendo a rede, trabalhando em rede.”

Para uma melhor compreensão dessa fala é necessário esclarecer que todos os profissionais que contribuíram com essa pesquisa, tanto CAPS como AB expuseram que atualmente a interação entre as equipes dos dois serviços ocorrem muito no âmbito pessoal, ou seja, não existe um fluxo determinado de contato e articulação, nem mesmo um incentivo ou ação da gestão, o que existe são pessoas na rede que já se conhecem, se identificam uns com os outros e interessam pelas questões que permeiam a saúde mental. Portanto ainda depende muito da motivação e interesse de cada profissional, pois não há nenhuma imposição para que isto aconteça, a estratégia da territorialização foi citada como uma proposta que tinha como um dos seus objetivos facilitar esse contato entre os serviços. Uma das RT relatou que no início da territorialização chegaram a realizar até algumas visitas nos PSF, mas logo essa atividade se esvaiu diante da acirrada precarização do serviço.

A consulta conjunta, como mais um dos instrumentos do matriciamento, antes de ser adotada pelas equipes e colocada em prática, apresenta algumas etapas importantes. O consentimento do usuário precisa ser considerado, pois para alguns, o número de profissionais reunidos na sala de atendimento pode parecer constrangedor e invasivo. Antes da consulta conjunta as equipes precisam discutir o planejamento desse atendimento e esclarecer dúvidas de seu funcionamento, compartilhar sobre o caso em questão, envolvendo todos os profissionais na contribuição de informações a respeito do usuário. Para dar início à consulta um membro da equipe de referência convocará o usuário e apresentará os profissionais do apoio matricial, explicando o modelo da consulta e confirmando a autorização deste para sua realização. A posição dos matriciadores neste procedimento é mais

de interconsultores do que de condutores da consulta, portanto devem intervir gradativamente. A discussão do caso não deve ser na frente do usuário, o matriciador acolhe e escuta a proposta da equipe de referência e caso necessário realiza algumas alterações posteriormente, a intervenção adotada pela equipe deve ser apresentada para o usuário por um membro da UBS.

Ocorrem situações em que torna-se necessário a realização de visita domiciliar conjunta, essa decisão partirá de uma discussão entre as duas equipes, mas os motivos mais comuns dessa visita domiciliar conjunta se darão ou por questões de dificuldades de locomoção ou por recusas por parte do usuário. Igualmente à consulta conjunta, é necessária uma discussão prévia entre os profissionais sobre o caso e o motivo da visita, a presença do ACS neste momento é muito importante, pois suas informações como profissional de maior vínculo com os usuários que não comparecem aos serviços de saúde, podem contribuir nas decisões dos demais profissionais acerca da visita domiciliar conjunta, além do mais o ACS só deve se ausentar dessa consulta caso haja uma justificativa condizente.

A discussão da conduta adotada pela equipe a partir da consulta realizada na visita só deve ser feita na presença do usuário quando os profissionais já tiverem uma boa articulação e desenvoltura, conquistada com muito tempo de trabalho em equipe. Caso contrário é viável que a discussão do caso ocorra na UBS e posteriormente, por meio da equipe de referência, o usuário seja informado da proposta de intervenção oferecida pelos profissionais. A visita domiciliar conjunta exige um registro e revisão do caso com maior frequência por parte das equipes, justamente pela sua complexidade. (CHIAVERINI, 2011).

O uso do celular ou de qualquer outra tecnologia de comunicação e informação também são instrumentos importantes na realização do matriciamento, principalmente em territórios de grande extensão e/ou com dificuldades de transporte para os profissionais. Esses meios tecnológicos otimizam o tempo dos profissionais, mas ao serem adotados é necessário a fidelidade nos devidos registros dos casos discutidos e acompanhados pelos profissionais (matriciador e matriciando) como forma de respaldo das equipes envolvidas e para futuras revisões dos casos. Paralelo à discussão de caso, a consulta conjunta, a visita domiciliar

conjunta e a utilização de tecnologia para a comunicação entre as equipe vale ressaltar o Genograma e o Ecomapa, instrumentos que contribuem para um olhar amplo e completo sobre o indivíduo e o meio que o cerca, facilitando a compreensão de fatores que podem estar intimamente relacionados com a doença, saúde, cuidado do indivíduo.

O Genograma consiste numa representação gráfica da família, registrada no prontuário, que facilita a análise e pesquisa dos profissionais de saúde no acompanhamento de cada paciente. Nele são representados, por símbolos geométricos, dados como: os membros que compõem uma determinada família, o grau de relacionamento entre eles e as suas principais morbidades, além de outros dados como ocupação, hábitos, grau de escolaridade, entre outros, de acordo com o objetivo do profissional. Portanto é uma forma de representação da estrutura familiar. O Ecomapa complementa os dados do genograma, pois enquanto este relata dados referentes a ligações e relações internas do sistema familiar, aquele traz informações de relações externas, ou seja, os contatos que a família tem em ambientes sociais como escolas, igrejas, associações, clubes, etc. Esses dados podem contribuir diretamente na elaboração do PTS na medida em que se conhecem as possibilidades de acesso do usuário a outros serviços comunitários e sua vivência diária no território, além de contribuir com dados para o desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção.

Portanto o matriciamento é um importante dispositivo para o cuidado integral das pessoas com transtorno mental, além da prevenção e promoção da saúde mental a partir do momento em que abre possibilidades para a realização de uma educação permanente das equipes envolvidas, ampliando a concepção de saúde mental e de produção de saúde. A partir dessa construção é possível desenvolver ações com maior alcance da comunidade, pelo vínculo da eSF, voltados à promoção de saúde mental. Além do mais, segundo o enfermeiro L o matriciamento contribuiria para aliviar a demanda e tensões tanto do CAPS II como da Atenção Básica.

Em Ouro Preto, entretanto, ficou claro, e foi unânime entre os entrevistados, que no atual contexto é praticamente inviável a efetivação do matriciamento, principalmente quando consideramos a escassez de recursos humanos e matérias,

as condições precárias de trabalho impossibilita a realização de várias etapas do matriciamento, o contato entre as equipes é fragilizado até mesmo no que se refere a aparatos como telefone para a comunicação, visto que cada serviço dispõe apenas de um aparelho, e a limitação de transporte disponível para a locomoção dos profissionais. Até mesmo ações tradicionais e essenciais como a referência e contra referência têm sido comprometidas por essas situações, pois como nos explicaram os profissionais ao serem questionados sobre a referência e contra referência: Se mandam pelo usuário, não há um controle se chegou ou não e além do mais nem sempre isso é viável ou correto, não há disponibilidade de transporte para realizar esse serviço, a tentativa de ligar para o outro profissional também esbarra em questões como a compatibilidade de tempo disponível do outro para atender, portanto acaba sendo uma queixa de ambos os serviços.

O médico Y nos apresentou uma queixa significativa no que se refere à referência e contra referência, mencionou da dificuldade do CAPS II enviar as contra referência e acrescentou

“(...) quando eles vão dá outa pro paciente de lá eles mandam um papel falando que o paciente tá de outa, coloca o, o CID e a medicação em uso, mas é um relatório muito simplificado que basicamente resolve só pra informar qual que é a receita que deve ser refeita na unidade básica de saúde, não tem uma descrição do que, que realmente foi feito com o paciente, então não funciona, não fala nem o tempo que a pessoa ficou lá, só fala, ‘a pessoa é atendida aqui, tem hipótese disso ou daquilo e usa remédio tal’(...)”

A RT3 também faz menção à referência e contra referência, coloca que, além das dificuldades relacionadas ao envio dessas, considera que elas nunca foram muito efetivas nos serviços, ficando muito a critério do profissional e relata

“acontece muito, manda ‘ao CAPS’, às vezes nem fala direito o que, que o paciente tem, qual que é a conduta lá (...)”

Tanto o relato do médico como da RT expressam uma insatisfação da conduta adotada pelo outro profissional que encaminharam o paciente para o serviço, pois essa limitação de informações ora denota um descaso no atendimento ao usuário, não realizando uma escuta qualificada, capaz de transcrevê-la ora um desrespeito com o outro profissional que irá receber esse paciente, sem nenhuma

justificativa, esclarecida, da sua presença no serviço, além do mais, acontecimentos como esses fragilizam a interação entre os profissionais.

A presença do NASF foi considerada como um potencial para a realização do matriciamento em Saúde Mental na AB, pois segundo relatos dos profissionais de ambos os serviços, essa equipe de apoio quando estava atuando no município desenvolveu atividades que muito se aproximaram do que descrevemos como matriciamento, mesmo não havendo em sua composição um médico psiquiatra ou com especialidade em saúde mental. A RT1 do CAPS relembra

“A gente tinha dois psicólogos no NASF que fazia um movimento bem de matriciamento mesmo, assim. Eles buscavam muito o CAPS e eles estavam sempre junto com os médicos de família, junto com a enfermagem lá no centro de saúde, batendo na porta, fazendo consulta conjunta, então era uma equipe, assim, que fazia uma ponte muito legal com a gente, eu acho que teve uma perda imensa assim, e eles participavam das nossas reuniões, traziam casos, a gente fazia contato (...).”

E o enfermeiro L reforça:

“(...) tinha uma interação do próprio NASF, com a Atenção, com a Saúde Mental, mas tinha também maior disponibilidade de profissional para sentar e discutir casos, tudo mediado pelo NASF, pela assistente social, pela psicóloga é, e até pela fisioterapeuta do NASF.”

Portanto a pesquisa empírica desenvolvida neste trabalho nos apontaram vários desafios e impedimentos na interação entre os profissionais da AB e do CAPS II tais como a sobrecargas de trabalho, as dificuldades dos profissionais da AB no manejo com os pacientes com sofrimento mental ou mesmo pela falta de identificação com questões que permeia a saúde mental, a falta de recursos materiais como transporte e telefone, mas o que nos pareceu mais relevante foi a ausência da equipe do NASF, foi entender o papel marcante que essa equipe teve na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental e demais usuários do serviço de saúde no município de Ouro Preto. Reconhecendo o quanto que AB e o CAPS II precisam no NASF para fortalecimento do vínculo entre as duas equipes e no desenvolvimento de estratégias de cuidado.

Os serviços de Saúde Mental e da AB, por meio dessa equipe, tiveram momentos de maior interação, um trabalho articulado que buscava de fato a integralidade do cuidado dos usuários dos serviços de saúde. A Atenção Básica se

sentia mais amparada e segura no trato com as pessoas com transtorno mental, pois podia contar com a capacitação dos profissionais do NASF, sua articulação com os profissionais do CAPS II e demais serviço da rede, como também pelo número de profissionais disponíveis no serviço para acolher a demanda da comunidade.

Não vamos afirmar que antes da saída do NASF tudo estava perfeito, que não havia fragilidades nos serviços, sabemos que a AB sempre enfrentou dificuldades de atuar no trato com a pessoa com transtorno mental e principalmente na promoção e prevenção, pois como já discutimos anteriormente o modelo biomédico e curativo é muito forte na formação e atuação dos profissionais da saúde. Além do mais nem todos os profissionais da AB se relacionam bem, se interessam por questões vinculadas á saúde mental, mais especificamente aos transtornos mentais. Os recursos materiais atualmente são mais escassos, mas as limitações sempre existiram, afinal, o SUS desde e sua implantação enfrenta ataques de uma política neoliberal, que desconsidera o conceito de direito do cidadão, focalizando as políticas sociais, para atender preferencialmente aos miseráveis (abaixo da linha da pobreza) e ainda sustentados por uma visão filantrópica. O Estado a serviço dos interesses do grande Capital assume uma postura de gerenciamento das políticas sociais com característica empresarial, com redução e corte de gastos, negligenciando os direitos básicos da população, portanto um Estado mínimo para o povo e máximo para o Capital.

Da mesma forma o CAPS II, é preciso lembrar que os serviços de especialidade em Saúde Mental foram gerados e nasceram após muitas lutas, são permeados de conflitos político, a história da Reforma Psiquiatria nos mostrou muito bem isto. Então tanto quanto a AB, o CAPS II passou e passa por muitas privações, atuar com base na proposta inicial desse serviço sempre foi um desafio, em vários momentos escutamos o quanto que esse serviço não é visto como prioridade da gestão. O público, usuário da saúde mental, ainda é muito estigmatizado, experimentam o preconceito até mesmo dentro dos serviços de saúde, principalmente quando estão em crise, por buscar mais pelos serviços, conforme nos relatou um profissional da AB.

Os profissionais do AB reconhecem que a atuação do NASF não seria suficiente para a realização do matriciamento, quando pensamos nele como uma proposta ideal, pois depende da orientação do serviço secundário, o CAPS, atualmente marcado também pela precarização do serviço, mas reconhece que a saída dessa equipe foi uma perda grande e significativa. O médico da família, X, considera que se os profissionais do NASF tivessem ficado mais tempo seria ainda melhor e diante dessa demissão relata

“a gente não sabia nem o que fazer, porque já tava sendo dado uma linha e aí a gente não sabia que setor procurar, articulava com quem? etc, então assim, e isso gerou um esforço maior ainda porque algumas coisas estavam caminhando, algumas foram simplesmente abandonadas porque a gente não conseguia ter pernas e não tinha setor na rede que conseguia assumir algum tipo de, desse acompanhamento, desse cuidado com os pacientes.”

Portanto a saída do NASF foi impactante, interrompeu um processo de ampliação das estratégias de promoção, prevenção e cuidado dos usuários dos serviços de saúde, fragilizou a interação entre os profissionais dos serviços de Saúde Mental e da Atenção Básica, desestabilizando os serviços e sobrecarregando os profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como proposta compreender os desafios e impedimentos na interação entre os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, especificamente o CAPS II, e a Atenção Básica à Saúde presentes no município de Ouro Preto/MG. Partimos da hipótese que essa interação encontra-se fragilizada por vários fatores e, portanto, buscamos conhecê-los. A partir da nossa pesquisa empírica que contou com a participação de profissionais de ambos os serviços, sendo dois médicos e dois enfermeiros com formação em saúde da família, atuantes no serviço da Atenção Básica e três profissionais do CAPS II, como referência técnica dos usuários deste serviço.

Nossa conversa com esses profissionais foram direcionadas em alguns pontos centrais que estabelecemos a partir do nosso objeto de pesquisa, trouxemos questões relacionadas ao papel do CAPS II na RAPS, as possibilidades do matriciamento se efetivar, a demissão do NASF, a estratégia da referência e contra referência no município, a atuação da AB no que tange a saúde mental da população e a formação dos profissionais da AB, visto não serem especializados em Saúde Mental. Neste ponto da entrevista, ocorreram outros debates que consideramos pertinente de ser mencionado neste trabalho tal como a centralização no médico, algo ainda muito forte na nossa cultura popular e na formação dos profissionais, com características biomédicas e curativista.

Segundo os profissionais de ambos os serviços existe uma formação muito fragmentada, ainda focada na doença e não na pessoa, com uma concepção de solucionar o problema e para tal o remédio entra como a ferramenta principal e, portanto o médico como o detentor da cura e solução dos problemas. Neste contexto os profissionais da AB fazem essa associação com a dificuldade que muitos deles têm no manejo com a pessoa com transtorno mental, e consideram que depende muito de uma busca pessoa de cada um para superar essa dificuldade, por meio de capacitações e educação permanente. Reconhecem que a formação de saúde da família favorece no cuidado integral e na resolutividade, pois essa é uma das

atribuições da AB, mas não nega a fragilidade no atendimento a esse público de saúde mental e apontam a necessidade de terem o CAPS II como referência.

Todos os profissionais relataram o aumento da demanda, eles veem se sobrecarregados com o serviço, há uma constante reclamação de tempo disponível, pois o número de profissionais não são compatíveis com os estipulados pelo MS, ou mesmo com as necessidades da população, as ações acabam por serem imediatas e a interação entre os serviços é limitada pelo tempo dos profissionais e pela falta de recursos materiais, tais como carro para a locomoção e telefone para contato, pois todos os serviços dispõem apenas de um aparelho. A referência e contra referência, ações mínimas de interação entre os profissionais, esbarram nestas mesmas limitações de recursos materiais, são sabotadas pela falta de condições de trabalho.

O matriciamento apontado pelo MS como proposta de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica é visto como algo inviável na atual estrutura dos serviços de saúde do município de Ouro Preto, pois seria necessária a contratação de mais profissionais para compor as equipes, ou ao menos, a contratação de uma equipe, exclusivamente, para atuar como matriciadores. Novamente a questão da falta de recursos materiais para a realização dessa estratégia apresenta se como um empecilho, outro apontamento foi a necessidade de uma formação prévia para um maior esclarecimento acerca do matriciamento, pois nem todos os profissionais compreendem sua finalidade e funcionalidade.

Mas dentre todos esses apontamentos que fragilizam a interação entre os profissionais do CAPS II e AB o que mais nos pareceu relevante foi a demissão do NASF em 2017 pela gestão municipal. Pois, a partir de uma leitura bibliográfica que nos apresentou o papel dessa equipe segundo diretrizes do MS e principalmente pelos relatos dos profissionais dos dois serviços, foi possível perceber que, o período de atuação dessa equipe de apoio no município corresponde ao momento de maior interação entre os serviços, de um trabalho em rede, de articulação na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental. A partir disso entendemos a importância do NASF no serviço de saúde, que realmente ele exerce uma atuação de apoio e amparo diante das dificuldades, principalmente da AB no exercício de promoção, prevenção e cuidado da pessoa com sofrimento mental.

O NASF exerceu esse elo entre os serviços e contribuiu para um cuidado mais integral dos usuários tanto do CAPS II como da AB. Entretanto a ausência dessa equipe de apoio no serviço de saúde não consiste num fato isolado, corresponde ao processo de sucateamento do SUS e de seu caráter universal e paralelo a isto ao fortalecimento do serviço privado, muitas vezes financiado por recursos públicos.

A política social no Brasil, embora seja resultado da luta da classe trabalhadora, consiste também numa estratégia do próprio Capital de amenizar conflitos e possibilitar a manutenção e reprodução do sistema capitalista, a subalternidade e subserviência da classe trabalhadora para com os detentores do poder econômico e político. Portanto, ao considerarmos que a saúde e demais políticas sociais estão inseridas neste sistema, ela perde seu caráter de direito e torna se focalizada e seletiva, pois a falta de recursos humanos e materiais faz com que os profissionais dos serviços entrem num processo de priorizar os casos mais urgentes e imediatos e desta forma o usuário é negligenciado no seu direito à saúde, que “deixa de ser” um direito e passa a ser mercadoria, sob o comando do Capital.

Portanto os fatores que fragilizam essa interação entre os profissionais do CAPS II e AB estão relacionados diretamente a precarização das relações de trabalho e ao desemprego estrutural, consequência da reestruturação do Capital que interfere na relação entre o Estado e a sociedade civil. Pois é o Sistema Capitalista que rege e coordena as relações sociais, sua atuação segue um mesmo objetivo, o aumento da taxa de lucro, por meio de um processo de mercantilização, até mesmo das relações sociais. No Brasil a consolidação do capitalismo foi possível com o consentimento da burguesia interna, que pela ausência de um caráter progressista, diferente dos moldes Europeu, almejava apenas a manutenção de seus privilégios contando com o apoio do Estado, sempre comprometido com o poder privado.

Esse processo histórico explica a nossa Constituição de 1988 que, embora seja apontada como um grande marco, na conquista de direitos sociais, trouxe ressalvas importantes de abertura a livre iniciativa privada na execução das políticas sociais, atrelada, portanto aos interesses da burguesia, que traz uma lógica de mercantilização dos direitos sociais. O SUS é regulamentado neste contexto e sua criação coincide com o período da entrada do neoliberalismo no país, que impõe

uma proposta de reajuste fiscal, de redução de gastos no social, com estratégias de privatização, descentralização e focalização das políticas sociais, recomendações dos organismos internacionais à economia nacional, desta forma a Capital cada vez mais ganha espaço e comando das políticas sociais nos países de capitalismo periférico.

Paralelo ao sucateamento dos serviços públicos, observamos a atuação dos grandes meios de comunicação, como aparatos do Capital, na reprodução social, desqualificando a administração pública, de modo a fortalecer a ideologia de que o Estado não é capaz de gerir seus recursos e que a solução para tal é a privatização ou outros modos de parcerias entre o público e o privado. As propostas apresentadas pela Portaria nº 3.588/17, que ressaltamos nesta pesquisa, referentes aos serviços de saúde mental, são exemplos claros, dessa postura de desresponsabilização do Estado, que coloca aos “cuidados” do Capital a saúde da população.

Portanto a atual condição de trabalho do CAPS II e da AB do município de Ouro Preto corresponde, na verdade, ao reflexo da presença da estrutura capitalista dentro dos espaços públicos, desde modo, o fortalecimento dessa interação entre os serviços está para além de soluções pontuais, envolvem, na verdade, questões relacionadas à ordem vigente e seu modo de atuação político e econômico.

REFERÊNCIAS

ALBANO, Alexandra lamara de Oliveira. Atenção a Usuários de Benzodiazepínicos: aplicação de grupos operativos na rede de atenção primária e no CAPS do município de Ouro Preto. **Minas Gerais, 2010;**

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 2010;

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica (2018). **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.6, p.2067-2074, 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf> > Acesso em: 25/07/2018;

AROUCA, Sérgio. Reforma sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Disponível em: <<https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> > Acesso em: 30/05/2018;

BERG, Gustavo Lands; CLABER, Igor; PASTOR, Rodrigo. **Primária: o essencial da atenção primária à saúde.** Caratinga: FUNEC Editora, 2012;

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma análise institucional da prática.** São Paulo: Cortez, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em 07/08/2018;

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília, DF, 2004;

BRASIL. **Lei nº 11802, de janeiro de 1995.** Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). Legislação em saúde mental: 1990- 2004. 5. ed. ampl. Brasília, DF, 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017.** Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html > Acesso em: 02/06/2018;

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html > Acesso em: 02/06/2018;

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html > Acesso em: 20/07/2018;

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017 > Acesso em 15/07/2018;

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html > Acesso em 20/07/2018;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde);

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) – Brasília: Ministério da Saúde, 2013;

CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2011;

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, 1990. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas > Acesso em 02/06/2018;

FIGUEIREDO, Mariana; CAMPOS, Rosana. **Saúde Mental e Atenção Básica á Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica**. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v.32, n.78/79/80, p.143-149, jan./dez, 2008;

GIL, C. R. R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n6/06.pdf> > Acesso em 15/07/2018;

IBGE. Minas Gerais, Ouro Preto, Panorama, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ouro-preto/panorama> > Acesso em: 20/07/2018;

MELLO, G. A., FONTANELLA, B.J.B., DERMARZO, M. M. P (2009) **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais**. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009;

MERHY, EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002;

MINAS GERAIS. Secretária de Estado. **Atenção em saúde Mental. Linha Guia de saúde mental: Atenção em saúde mental.** 1ª Edição ed. Belo Horizonte: Casa de Editoração e Arte Ltda., 2006;

NOGUEIRA, Mariana Lima. 'Retirar o ACS das Equipes de Saúde da Família é um retrocesso no modelo de Atenção Básica e na democratização do SUS'. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Rio de Janeiro, Jun. 2016. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/retirar-o-acs-das-equipes-de-saude-da-familia-e-um-retrocesso-no-modelo-de>> Acesso em: 19/07/2018;

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. Mar. 2014 p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> Acesso em 14/07/2018;

PEREIRA, Elize Dilly. **Assistência à Saúde Mental na atenção primária à saúde.** 2013. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013;

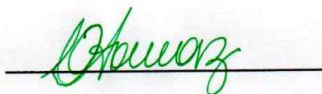
TOMAZ, Cristiane Silva. **O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência”:** possibilidades de uma atuação crítica? 2018. XXX f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018;

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.) **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2008.

DECLARAÇÃO

Certifico que a aluna *JUCIMAR APARECIDA FIGUEIREDO*, autor do trabalho de conclusão de curso intitulado *Desafios e impedimentos na interação entre os profissionais das UBS e o CAPS II na produção do cuidado da pessoa com transtorno mental no município de Ouro Preto*, efetuou as correções sugeridas pela banca examinadora e que estou de acordo com a versão final do trabalho.

Mariana, 10 de janeiro de 2019.



Profª Cristiane Tomaz