UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Social e do Trabalho

PATRICIA PINTO DE PAULA

Saúde Mental na Atenção Básica:
Política, Trabalho e Subjetividade.

SÃO PAULO

2011

PATRICIA PINTO DE PAULA

**Saúde Mental na Atenção Básica:
Política, Trabalho e Subjetividade.**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

SÃO PAULO

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

P324s Paula, Patrícia Pinto de
Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade / Patrícia Pinto de Paula.
São Paulo, 2011.
202f:II

Orientadora: Ianni Regia Scarcelli
Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Subjetividade. 4. Trabalho. 5. Psicodinâmica. I. Scarcelli, Ianni Regia. II. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. III. Título.

CDU 616.89

PATRICIA PINTO DE PAULA

**Saúde Mental na Atenção Básica:
Política, Trabalho e Subjetividade.**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Doutor em
Psicologia.

Aprovado em: __/__/____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli (Orientadora) – USP.

**Para Joaquim Alves de Paula e Neyde Pinto de Paula,
pelos ensinamentos sobre a beleza de se aprender.**

**Para todos os sujeitos trabalhadores da Atenção Primária que produzem, em meio aos
constrangimentos, práticas de acolhimento aos usuários em sofrimento mental que
procuram os Centros de Saúde.**

A produção de um trabalho intenso e complexo como o de uma tese, se torna possível pelos laços estabelecidos durante o percurso de descobertas, angústias, encontros, surpresas e encantamentos. Tudo isso em meio à dinâmica da vida cotidiana, que não para de demandar pelo fato de estarmos em trabalho de tese. Nesse percurso de pós-graduação que se encerra, formalmente, no momento de depósito da tese, agradeço sinceramente e sempre, pelas possibilidades que foram abertas sem semelhanças:

Ao querido Pedro, companheiro de todas as horas.

A Maria Francisca, Bernardo e Clarissa, irmã e sobrinhos, que me acolhem com alimentos para o corpo e alma.

Aos amigos que fortaleceram as possibilidades para as minhas caminhadas. Em especial:

À Márcia Stengel, pelas preciosas leituras e dicas desde o projeto para a seleção na USP.

Aos queridos amigos desde a faculdade, Marcelo Ricardo Pereira e Valmir Braz, pelas indicações nos trâmites junto à burocracia institucional dos serviços públicos.

Aos colegas de PUC que nas rodas de conversas, do coletivo de trabalho que se forma na sala dos professores, compartilharam estratégias que auxiliaram significativamente minha trajetória. Em especial meus sinceros agradecimentos à Cristina Marcos, Carla Derzi, Hélio Cardoso, Flávio Duraes, Luciana Kind e João Leite Ferreira Neto.

Agradeço aos professores da USP, que em suas aulas e debates propiciaram questões que me fizeram circular entre perplexidades, resistências e avanços, isto é, instigaram minha reflexão crítica e aprendizagens em novas perspectivas.

Agradeço à professora Leny Sato pela acolhida especial no início desta trajetória.

A participação dos professores na banca de qualificação, Odair Furtado e Selma Lancman, gerou contribuições preciosas que fizeram diferença para a produção dessa síntese final. Meus sinceros agradecimentos.

Agradeço à PUC Minas pelo apoio dado através do Programa Permanente de Capacitação Docente (PPCD), o qual viabilizou tempo para os estudos e recursos financeiros para as viagens semanais a USP.

Em especial meus sinceros agradecimentos à professora e orientadora Ianni Regia Scarcelli. Professora que me acompanhou durante toda a trajetória da formação nesta pós-graduação. Orientadora respeitosa quanto ao meu tempo de compreensão e à minha psicodinâmica do trabalho nas elaborações diante de impasses, faltas e surpresas. Companheira de viagens de metrô, entre USP e a estação onde eu descia para pegar o voo de retorno para Belo Horizonte. Momentos em que continuávamos com os debates de idéias, vivências, impressões, os quais me acompanharam nas viagens e ressoaram durante todo o percurso de pesquisa e de escrita. Ianni, a tese a seguir foi escrita em parcerias e você tem uma participação especial pelo seu engajamento e disponibilidade.

RESUMO

Paula, Patrícia Pinto de (2011). *Saúde Mental na Atenção Básica: política, trabalho e subjetividade*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A pesquisa teve como principal objetivo compreender relações entre trabalho e subjetividade em saúde mental realizado na Atenção Primária junto aos trabalhadores das equipes- de Saúde Mental/SM e de Saúde da Família/SF alocados em Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde. Desenvolvemos a pesquisa através de análise documental das políticas de saúde e com entrevistas coletivas fundamentadas na Psicodinâmica do Trabalho. A pesquisadora participou de reuniões de matriciamentos, momento que se propõe ao apoio técnico-assistencial de especialistas aos profissionais generalistas da SF, e de reuniões de equipes em três Centros de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste de Belo Horizonte. Das análises realizadas, destacamos as contradições das políticas de saúde: uma sobrecarga de trabalho com ‘o sofrimento social’, as ‘pessoas infelizes’, os ‘poliqueixosos’, os ‘neuróticos leves’ que procuram a UBS, pois esta, segundo os programas é ‘porta de entrada aberta’ no SUS. Entretanto, a rede da Atenção Primária e a rede de serviços substitutivos em saúde mental dão prioridade para os ‘casos graves e crises psiquiátricas’. Na avaliação dos profissionais há escassez de ‘unidades e equipes’. Limites que dificultam a participação dos generalistas da Saúde da Família nas reuniões de matriciamento com os especialistas da SM para darem acolhimento ‘aos pacientes da saúde mental’. As ressonâncias desse trabalho na subjetividade dos trabalhadores são diversas, dentre as quais destacamos: o ‘sentimento de impotência’ frente ao ‘sofrimento social’ que se apresenta na UBS; ‘insegurança e ansiedade’ em relação às exigências da gestão quanto ao ‘acolhimento humanizado’ e a avaliação quantitativa de tarefas realizadas. Os trabalhadores estão implicados em promover a saúde mental na Atenção Primária mesmo com recursos escassos. O que faz valer as políticas de saúde para nós cidadãos brasileiros, a exemplo dos princípios universais do SUS: uma atenção integrada, universal e equânime. Paradoxalmente, a conjuntura analisada coloca em risco a saúde de trabalhadores que se encontram entre angústia, ansiedade e inseguranças frente à crescente e complexa demanda de saúde mental na ‘porta de entrada do SUS’: o Centro de Saúde.

Palavras-Chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Subjetividade. Trabalho. Psicodinâmica.

ABSTRACT

Paula, Patricia Pinto (2011). *Mental Health in Primary Care: political, labor and subjectivity*. Doctoral Thesis. Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo.

The research aimed to understand relationships between work and subjectivity in mental health conducted in primary care teams with the workers, Mental Health / SM and Family Health / SF allocated to Basic Health Unit / Health Center. Developed the research, through documentary analysis of health policies and press conferences based on the Psychodynamics of Work. The researcher attended meetings of matrices, when it intends to support technical assistance of specialists to general practitioners of SF, and SF team meetings in three health centers of the Northeast Health District of Belo Horizonte. From the analysis performed, we highlight the contradictions of health policies: an overload of work with 'social suffering', the 'unhappy people', the 'poliqueixosos', the 'neurotic soft' looking for UBS, for this, depending on the programs is 'entry door' in the SUS. However, the Primary Care Network and the network of substitute services in mental health give priority to the 'severe and psychiatric crises.' In assessing professional no shortage of 'units and teams. Boundaries that hinder the participation of the general meetings of the Family Health of matrices with the SM experts to give host 'mental health patients. The resonances in this work are diverse subjectivity of the workers, among which we highlight: the 'powerlessness' against the 'social suffering 'which appears in UBS;' insecurity and anxiety 'in relation to the demands of management and the' host humanized 'and quantitative evaluation of tasks performed. The workers are involved in promoting mental health in primary care with very few resources. What enforces health policies for us Brazilians, like the universal principles of SUS: an integrated care, universal and equitable. Paradoxically, an analyzed the situation puts at risk the health of workers who are between anxiety, anxious and insecurities meet the growing and complex demands on mental health 'gateway to the SUS': the Center for Health.

Keywords: Mental health. Primary health care. Subjectivity. Work. Psychodynamics.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População Cadastrada nas UBS partícipes da pesquisa e Formação das equipes ..70

Quadro 2 - Plano Diretor da Saúde da PBH para 2009/2012 - Eixo: Atenção Primária92

LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

BH- Belo Horizonte

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental.

CMS- Conferência Municipal de Saúde

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CNSM- Conferência Nacional de Saúde Mental

CS- Centro de Saúde

ESF- Equipe de Saúde da Família.

ESM- Equipe de Saúde Mental.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MLA- Movimento da Luta Antimanicomial

MRS- Movimento da Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial

PBH- Prefeitura de Belo Horizonte.

PSF- Programa de Saúde da Família

SF- Saúde da Família

SM- Saúde Mental

SMSA- Secretaria Municipal de Saúde

SMSA-PBH- Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte

SUS- Sistema Único de Saúde

SUS-BH- Assistência do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL: SUS E A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	24
2.1 Saúde como direito social.....	26
2.1.1 Políticas sociais: apontamentos conceituais.....	27
2.1.2 Estado de Direitos: um breve histórico.....	32
2.1.3 Saúde como direito social no Brasil.....	36
2.2 Saúde Mental na Atenção Básica: saúde para todo cidadão em seu território de convivências.....	44
3 PERCURSO DE APROXIMAÇÃO: TRABALHO E SUBJETIVIDADE EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	51
3.1 Justificativa do Tema de Pesquisa	53
3.2 Trabalho e Subjetividade: Nossa Referência Teórica.....	58
3.3 Procedimentos	64
3.3.1 Análise do Material de Pesquisa	66
3.3.2 A entrada da pesquisadora em campo	68
4 CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO EM SAÚDE: UM OLHAR A PARTIR DA POLÍTICA OFICIAL	73
4.1 SUS.....	75
4.1.1 O trabalho em saúde.....	77
4.1.2 Matriciamento	80
4.1.3 Saúde do trabalhador da saúde	81
4.2 Saúde Mental	82
4.2.1 O trabalho em saúde mental	82
4.2.2 Matriciamento.....	84
4.2.3 Saúde do trabalhador da saúde.....	85
4.3 Saúde Mental na Atenção Primária em Belo Horizonte	85
4.3.1 A rede SUS-BH: Atenção Primária	86
4.3.2 Saúde Mental no SUS-BH.	89
4.3.3 Saúde Mental na Atenção Primária.....	91

5 TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Agir entre enigmas, sofrimentos e estratégias defensivas.....	95
5.1 Políticas De Saúde Mental Na Atenção Primária e o Trabalho no Território: Vivências dos Sujeitos Trabalhadores	99
<i>5.1.1 UBS como ‘Porta de entrada’ no SUS e o ‘Sofrimento social’</i>	<i>99</i>
<i>5.1.2 As políticas de saúde e o trabalho com saúde mental na UBS.</i>	<i>106</i>
<i>5.1.3 Uma contradição considerável: ‘Portas abertas’ e avaliação quantitativa do Acolhimento ‘Humanizado’</i>	<i>109</i>
5.2 Trabalho das Equipes Saúde Mental e Saúde da Família com Saúde Mental na UBS	113
<i>5.2.1 Acolhimento : ‘escutar para decifrar’</i>	<i>116</i>
<i>5.2.2 Equipe: um coletivo de trabalho?</i>	<i>123</i>
<i>5.2.3 Trabalho no território: decifrar enigmas?</i>	<i>127</i>
<i>5.2.4 Matriciamento: trabalho compartilhado?</i>	<i>132</i>
5.3 Trabalho e Subjetividades: o Agir em Saúde Mental na UBS	140
<i>5.3.1 O que fazer com os ‘infelizes’? Uma questão que angustia</i>	<i>141</i>
<i>5.3.2 Acolhimento ‘Humanizado’ e controle quantitativo do trabalho: entre ansiedade e insegurança.....</i>	<i>145</i>
<i>5.3.3 Saúde Mental na UBS e a subjetividade do trabalhador</i>	<i>149</i>
<i>5.3.4 Trabalho, subjetividade e estratégias defensivas</i>	<i>153</i>
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	162
REFERÊNCIAS	170
ANEXOS	178

1- INTRODUÇÃO

O trabalho em Saúde Mental na Atenção Primária¹ desenvolvido pelos profissionais das equipes- de Saúde Mental (SM) e de Saúde da Família (SF), bem como a subjetividade dos agentes ali envolvidos, é o tema principal deste estudo, cujo intuito é compreender as possíveis relações entre as diretrizes políticas de saúde, o trabalho realizado e a subjetividade dos profissionais envolvidos nesse contexto.

O campo onde localizamos nosso estudo é o tradicionalmente denominado de saúde mental e trabalho, na vertente da Psicodinâmica do Trabalho, o qual se inscreve na Psicologia Social e do Trabalho (Jacques, 2003). Na atualidade, o campo saúde mental e trabalho, vem sendo denominado como Clínicas do Trabalho (Bendossolli & Soboll, 2011), contemplando diferentes abordagens - Psicossociologia, Ergologia, Clínica da Atividade, Psicodinâmica do Trabalho-, que a partir de perspectivas epistemológicas diversas, se convergem quanto a ‘centralidade psíquica e social do trabalho, entendida como uma atividade material e simbólica constitutiva do laço social e da vida subjetiva’. Vejamos nas palavras dos organizadores da referida obra:

As clínicas do trabalho também buscam se distanciar de certo pensamento científico social que vê a precedência do social sobre o psíquico, restando ao sujeito um ‘lugar’ já produzido ou dado.

Em contrapartida, buscam se posicionar como clínicas ‘sociais’ do trabalho, **pois se equilibram no fino e tênue limite entre psíquico e social, vendo entre eles jogos complexos de reciprocidade e tensão**. (Bendossolli & Soboll, 2011, p. 16-17, grifos nossos).

As Clínicas do Trabalho se localizam na Psicologia Social e do Trabalho e apresentam, sob diferentes abordagens, o objetivo comum de alcançar e intervir sobre o fenômeno trabalho-subjetividade- saúde/doença. Vejamos:

Atentas ao ‘traumático’ no trabalho, suas investigações se destinam a compreender as origens e as manifestações do sofrimento, como também, a compreender e subsidiar os processos de resistência e de superação por parte dos coletivos de trabalho. (Bendossolli & Soboll, 2011, p. 17).

¹ No presente trabalho trata-se Atenção Básica e Atenção Primária como modelo de atenção à saúde voltado para o acolhimento do usuário realizado em uma Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde, localizada no território de convivências e relações do cidadão, em concordância com os princípios e diretrizes do SUS. (Gil, 2006). A discussão teórica e político-ideológica acerca das diferenças entre os dois termos-Atenção Básica e Atenção Primária, que referenciam a modelagem de assistência que realiza o acolhimento do usuário do SUS, extrapola os objetivos da nossa pesquisa. Para maiores detalhes consultar Giovanella et al (2008) e Campos (2006).

Em relação ao objeto de pesquisa trabalho-subjetividade-saúde/doença, como resumidamente acima exposto, nossa escolha é pela Psicodinâmica do Trabalho. Abordagem que trata do tema subjetividade e trabalho, considerando tanto os conflitos intrasubjetivos ancorados na história de vida do sujeito trabalhador, como inclui os conflitos intersubjetivos configurados pelo campo relacional da organização do trabalho, inserindo aí o contexto social envolvido. Corroborando essa perspectiva temos, por exemplo, os estudos de Dejours (2003; 2009); Lancman et al (2008); Martins (2009); Mendes e Araújo (2007; 2011). Portanto, tomamos o pensamento dialético como uma referência de pertinência para nossos objetivos e em consonância com Psicodinâmica do Trabalho. Vejamos nas palavras de Dejours:

A centralidade do trabalho é observada na mediação entre o singular e o coletivo, entre a subjetividade e o campo social. Existem outras mediações, mas é improvável que as relações de poder, de obediência, de obrigação, de autoridade, entre outras, possam **exercer um impacto no funcionamento psíquico, sem antes passar por uma materialidade capaz** de mobilizar interesses. Inversamente, é pouco provável que **o sujeito singular pense em levar uma contribuição à organização da sociedade sem uma mediação**, ou uma ligação com a realidade. E o trabalho é certamente um mediador privilegiado. (Dejours, 1994b, p. 140).

Na delimitação de um caminho teórico-metodológico, compartilhamos do entendimento proposto por Minayo (1999), de que o conhecimento é construído na relação de aproximação entre sujeitos e objetos/realidade social, que estão em contínua, complexa e contraditória dinâmica.

A relação dialética entre esforço lógico e os compromissos sociais desde a definição do problema de pesquisa até o produto provisório gerado no processo de conhecimento e sua adequação às práticas de saúde é o parâmetro principal de objetivação.

Porém, **nenhum momento de objetividade exclui o sujeito e sua historicidade, sua formação, seus interesses e suas questões.**

Incluí-lo como condição do conhecimento, faz parte da visão mais totalizante do processo científico. (Minayo, 1999, p. 251, grifos nossos).

Com base em Demo (2009), entendemos dialética enquanto uma matriz de apreensão da realidade que descortina o processo ao invés do ‘fato’, que evidencia as relações inseridas em determinado contexto sócio-histórico no lugar do ‘dado em si’. Minayo (1999, p. 87), apresenta uma perspectiva que aborda as tensões dialéticas da realidade social colocando em questão, “*o sentido das ações e das transformações de sentidos*”. Trata-se, portanto, não de um ponto de vista, mas de uma visão de mundo pela via de um prisma, pelo qual se torna possível compreender o contraditório, o conflitivo totalizante de qualquer relação social, ao abranger polaridades como complementares: Razão e Empiria; Pensamento e Existência;

Exterioridade e Interioridade; Multiplicidade e Unidade de Análise; Análise e Síntese. (Minayo, 1999, p. 253-254).

A escolha pela dialética enquanto referência organizadora do pensamento decorre, fundamentalmente, de uma trajetória de vida, da qual destacamos, enquanto trabalhadora da educação, professora universitária, a orientação de estágios e realização de pesquisas que evidenciam as determinações sociais, econômicas e históricas nas relações sujeito-trabalho-saúde/doença. Consideramos, assim, a dialética entre ‘Interior e Exterior’ dos sujeitos determinados e também partícipes do contexto em que se encontram.

Contudo, encontramos situações de trabalho potencialmente adoecedoras, em que algumas pessoas e alguns grupos de trabalhadores constroem outros sentidos e estratégias de enfrentamento que se apresentam como antídoto às relações perversas das organizações de trabalho. Percebemos, nesses casos, manifestações singulares de cada sujeito que, ao serem submetidos a constrangimentos, inventam saídas criativas. Muitas delas podem ser entendidas como estratégias coletivas de defesa (Dejours, 1997), que permitem lidar com impasses e dilemas advindos do trabalho, são formas de resistência por vezes surpreendentes. São vivências que aparentam revelar a existência de uma perspectiva dialética ‘Interior e Exterior’, na relação do sujeito com seu trabalho, que extrapola os determinismos materiais.

Há no trabalho real, no trabalho vivo do sujeito trabalhador, algo que lhe escapa ao controle, ao conhecimento prévio, e que se manifesta na proporção direta do engajamento subjetivo com relação à situação concreta de seus afazeres. Esse imprevisível só é analisável após a sua aparição no exterior.

A Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1993, 1994; 1997; 2003; 2009. Lancman et al, 2008. Mendes et al, 2007; 2008. Martins, 2009. Mendes e Araújo, 2011) é a referência escolhida para sustentar esse prisma do caminho nesta tese, por fornecer uma base teórico-metodológica que abre uma outra via de análise, evidenciando a mobilização subjetiva em trabalho por vezes inconsciente e as estratégias de defesa contra os desgastes e possíveis adoecimentos advindos do trabalho. E que, também, estamos considerando o contexto social onde se insere o trabalho e suas relações intersubjetivas.

Entendemos que devem ser contemplados na compreensão da relação sujeito-trabalho- saúde/doença: as condições concretas de vida e de trabalho, e a mobilização subjetiva, a partir da dinâmica psíquica, que é posta à prova em situações de trabalho imprevisíveis e desgastantes, e que desencadeiam uma mobilização de estratégias defensivas.

Nessa perspectiva duas dimensões se sobressaem e devem ser tratadas em constante interação dialética: um âmbito macro (contexto social no qual se circunscrevem os sujeitos e

as relações intersubjetivas no trabalho), e um âmbito micro (as vivências e práticas desenvolvidas). Inspiramos-nos no modelo de pesquisa, realizado por Lancman e colaboradores (2008), sobre trabalho e subjetividade com profissionais de CAPS da cidade de São Paulo, que propôs apreensão do contexto macro das políticas de saúde, enquanto análise geral em movimento descendente, e das vivências dos trabalhadores como um movimento ascendente em uma análise micro localizada em determinada situação. Vejamos:

O desenho geral utilizado no conjunto dessa investigação foi, de um lado, realizada a partir da **análise do conjunto das políticas públicas- por pressupor que elas determinam**, através de várias mediações, as linhas gerais norteadoras dos modelos de atenção e de seu funcionamento (**método descendente**)- e, de outro, do **estudo do trabalho onde de fato ele é executado, com a análise desse funcionamento dentro das condições reais de possibilidade de seu exercício**, nas unidades prestadoras de serviço, buscando-se formulações teóricas explicativas para esse funcionamento num **movimento ascendente**. (Lancman & Pereira, 2008, p. 23, grifos nossos).

Esse viés de leitura se torna mais justificável quando buscamos analisar a relação trabalho e subjetividade dos profissionais de saúde, e o trabalho em saúde em circunstâncias políticas de múltiplas exigências profissionais.

Portanto, como se pode notar do exposto até aqui, trabalho e subjetividade no contexto de acolhimento as demandas de saúde mental na Atenção Primária, formam nosso tema central de investigação, reconhecendo que o mesmo é perpassado pelas condições concretas demarcadas pelas políticas de saúde que vigoram em determinada época. Trata-se, também, de um trabalho vivo que se efetiva com o investimento subjetivo- do corpo, do consciente e inconsciente, do afeto e da cognição, conhecimentos, técnicas e experiências, nos arranjos construídos pelos envolvidos na prática de atenção à saúde.

Nessa primeira delimitação temática uma pergunta que norteia nossa aproximação a essa complexa realidade é: que relações são possíveis de se estabelecer entre as políticas e diretrizes de saúde mental na Atenção Primária e trabalho e subjetividade a partir das vivências relatadas pelos profissionais das equipes- Saúde da Família e Saúde Mental?

Para responder a essas e outras questões, optamos pela análise documental de Leis e Portarias do Ministério da Saúde e de documentos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, onde realizamos nossa pesquisa de campo, enquanto um movimento descendente, em uma análise de nível macro. Esse procedimento buscou apreender possíveis diretrizes e prescrições relativas ao trabalho com saúde mental na

Atenção Básica, ou seja, estamos tomando os documentos oficiais emblematicamente como trabalho prescrito.²

As questões que nos orientaram nesse percurso foram: os documentos oficiais contextualizam o trabalho em saúde? O que os documentos regulam, prescrevem sobre trabalho com saúde mental na Atenção Primária?

Já nossa análise do trabalho, o desenho de pesquisa, tida como análise micro, foi realizada a partir de entrevistas coletivas e da participação, na condição de ouvinte, nas reuniões de matriciamento em três UBS do Distrito Sanitário Nordeste da cidade de Belo Horizonte. Nesse processo tivemos como objetivo conhecer, juntamente com os trabalhadores das equipes- SM e SF, o trabalho realizado e identificar possíveis relações entre as políticas de saúde, o trabalho desenvolvido e a subjetividade dos profissionais envolvidos.

Como afirmam os autores da pesquisa aludida, o procedimento da escuta em grupo é um momento de grande potencialidade, principalmente no caso de trabalho em saúde que se concretiza coletivamente:

No caso dos serviços de assistência à saúde, a dinâmica dos grupos traz à tona uma série de aspectos ligados à relação das pessoas, à maneira como o trabalho é concebido, ao seu conteúdo, à sua organização e gestão, e à relação com os pares, com outros profissionais das equipes, com os usuários e com outros níveis hierárquicos que compõem a rede assistencial. (Lancman, Sznclwar, Uchida, Alonso & Juns, 2008, p. 178).

As perguntas orientadoras desse momento do nosso estudo foram: o que os profissionais falam sobre as vivências do trabalho em saúde mental na Atenção Primária? Que relações os trabalhadores da SM e da SF estabelecem entre as contradições e dificuldades para realizar os procedimentos postos pelas políticas e programas e o acolhimento do usuário com sofrimento mental? Que relações esses profissionais fazem entre as regulamentações das

² Trabalho prescrito aqui entendido com base em Oliveria (2002, p. 350-355) como o que é determinado, “*O que é pré-escrito para ser executado*”. Já o trabalho real é o que realmente é executado pelos trabalhadores. As defasagens entre o trabalho prescrito e trabalho real são uma fonte de análise para as diferentes abordagens do que se denominam hoje clínicas do trabalho, conforme exposto por Lancman (14 de outubro de 2010 durante a banca de exame para qualificação do projeto de doutorado da autora). Podemos, assim, resumir as perspectivas desta forma: na Ergonomia, avaliam-se as diferenças quantitativas entre trabalho prescrito e trabalho real; na Clínica da Atividade focaliza-se como os trabalhadores resolvem as discrepâncias. Já na Psicodinâmica do Trabalho, a ênfase recai sobre as vivências subjetivas dos trabalhadores envolvidos e as estratégias desenvolvidas para se lidar com os constrangimentos e fatores potencialmente adoecedores advindos do trabalho. (Lancman & Uchida, 2003; Mendes, 2007; Martins, 2009).

políticas de saúde, o trabalho em saúde mental realizado no Centro de Saúde³ e a própria subjetividade?

Estamos, pois, compreendendo as interfaces entre esses dois âmbitos de análise, o que se torna enriquecido pela análise de trabalho, que fundamentada na Psicodinâmica do Trabalho, reconhece a indissociabilidade entre o particular e o coletivo. Para nossa análise final tivemos, assim, como questão: quais **ressonâncias**⁴ dessas políticas e práticas na subjetividade dos profissionais das equipes- Saúde da Família e Saúde Mental?

A fim de produzir aproximações sobre essas questões, elaboramos uma breve contextualização das políticas de saúde e sobre o SUS-Belo Horizonte. Em seguida, apresentamos um resumo geral sobre os capítulos que nosso leitor encontrará. Encontro que desejamos seja provocativo de novas questões em relação àquelas que conseguimos elaborar até o presente momento.

Então, ao trabalho, vivo! Ou seja, nosso convite é à leitura de um texto enquanto uma síntese aproximativa, na qual buscamos manter o compromisso da coerência com as aprendizagens ocorridas ao longo da trajetória de nosso estudo.

Desde a implementação do Sistema de Saúde Brasileiro (SUS), em 1990, ainda que em meio a retrocessos, muito se avançou nas políticas de saúde, nos programas e ações. Estudos de especialistas da saúde pública/saúde coletiva confirmam que mesmo com alguns recuos houve êxitos, em especial com a rede de assistência básica. (Giovanella et al., 2008; Campos et al., 2006).

Nessa conjuntura a Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080, de 1990, que promulgou o sistema de público brasileiro, completou vinte anos em 2010. Sua existência vivenciou processo histórico de embates e disputas, no qual a participação civil, dos atores sociais

³ Na cidade de Belo Horizonte a população e os trabalhadores da saúde denominam a Unidade Básica de Saúde também de Centro de Saúde. Por isso, em nosso trabalho estamos adotando os dois termos como sinônimos de unidade de saúde que forma rede de assistência da Atenção Primária do SUS-BH.

⁴ Estamos abordando a relação trabalho e subjetividade, como já exposto, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, a qual reconhece o sujeito trabalhador como um articulador, dentro das possibilidades, de arranjos frente aos enigmas e constrangimentos decorrentes da prática cotidiana. Portanto, efeitos do trabalho na subjetividade são compreendidos numa relação dialética entre o indivíduo, sua história de vida, suas particularidades, e a relações presentes no trabalho. Dito de outra forma, o trabalho tanto convoca a mobilização subjetiva, quanto a mobilização subjetiva desencadeia operações na prática que ocasionam reconfigurações nas relações no trabalho. Dinâmica que Dejours (1996) nomeia como Ressonância Simbólica, relação que contempla a interface entre o trabalho real e os fantasmas, desejos particulares dos sujeitos que estão envolvidos nos afazeres.

envolvidos no Movimento da Reforma Sanitária (MRS),⁵ quando ocorre, confere fôlego e consistência para a construção contínua de um sistema que viabilize a saúde como um direito social e universal (Fleury, 2008; 2009; Paim, 2008a, 2008b).

Outro movimento político voltado para saúde pública é o movimento antimanicomial⁶, uma vertente da reforma psiquiátrica brasileira, cuja ênfase recai sobre a desinstitucionalização da ‘loucura’, seja no interior do aparato hospitalar manicomial, seja no interior de práticas profissionais. Esse movimento busca pela desinstitucionalização da pessoa portadora de transtornos mentais, que aqui abordaremos como pessoa em situação de sofrimento mental⁷. No âmbito desse movimento, no ano de 2001, o governo federal aprovou a Lei nº 10.216, que preconiza os direitos cidadãos e coloca diretrizes para rede de assistência à saúde mental. Especialistas do tema, a exemplo de Amarante e Lancetti (2006), Amarante (2008), Lancetti (2008), afirmam que a reforma psiquiátrica depende, hoje, da integração da rede de assistência substitutiva em saúde mental com a Atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica decorrente do movimento de expansão e consolidação do SUS, em sua definição destaca a relevância desse âmbito da rede de assistência à saúde da população, enquanto um acesso de referência:

⁵ Um movimento político, social e ideológico que contou com a participação da elite de profissionais especialistas, desde a década de 1970, foi o Movimento da Reforma Sanitária (MRS). Este movimento, ocorrido na transição das décadas 70/80 influenciou diretamente os pressupostos e as premissas políticas do SUS. Os principais objetivos da reforma sanitária segundo Dimenstein e Traverso-Yépez (2005) foram: enfatizar o vínculo entre saúde/doença e sociedade; ampliar a consciência sanitária da população no que diz respeito ao direito à saúde e; fortalecer o serviço público de saúde de qualidade e acessível a todos. A Reforma Sanitária aconteceu no ciclo das reformas do processo de redemocratização. Dentre os resultados favoráveis destaca-se a criação e implementação do SUS, a partir da Constituição de 1988.

⁶ Nota-se na Lei nº 10216, de 2001, sobre reforma psiquiátrica, a não contemplação da proposta original do Projeto de Lei 3657 de 1989, do deputado Paulo Delgado (PT/MG). Esse projeto de lei propunha-se a total extinção dos manicômios, já a Lei aprovada, doze anos após o referido projeto antimanicomial, é centrada nos direitos da pessoa portadora de sofrimento mental. O que será mais detalhado no capítulo referente à análise documental. Daí a distinção necessária entre Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) do movimento da Reforma Psiquiátrica, até por existir nesta reforma grupos que defendem a existência de instituições asilares. Tem-se presenciado com significativa frequência, na imprensa brasileira, apelo ao retorno de instituições psiquiátricas hospitalares, neste momento de consolidação da proposta do Movimento Antimanicomial com todas as peculiaridades e contradições existentes na extensão territorial de um país como Brasil. Para maiores detalhes desse embate, consultar Amarante (2008); Tenório (2003); e III Conferência Municipal de Saúde Mental da PBH (III CMSM da PBH, em abril de 2010).

⁷ Na legislação e em algumas publicações o termo adotado para pessoa em sofrimento mental, é o de portador de transtorno mental, a exemplo da Lei 10.216 de 2001, e de Portarias do Ministério da Saúde. Neste trabalho adotaremos o termo: pessoa em situação de sofrimento mental, em consonância com o relatório final da III Conferência Municipal de Saúde Mental, organizada pela Prefeitura de Belo Horizonte (III CMSP-PBH) em abril de 2010. A pesquisadora participou da referida Conferência como representante do Departamento de Psicologia da PUC Minas, onde é professora, junto ao espaço do Fórum concedido às entidades formadoras. Nesse encontro, sob a orientação de um grupo de usuários e trabalhadores da saúde mental da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), debateu-se muito e, a assembleia final votou por unanimidade que a melhor designação para as pessoas com demandas na atenção à saúde mental seria: ‘pessoa em situação de sofrimento mental’, por se tratar de pessoas cidadãs e não de portadores, e também por se encontrarem em uma determinada e específica situação, portanto passível de transformação.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde de maior frequência e relevância da população, a reabilitação e a manutenção da saúde. (Brasil, 2006b, p. 03).

Um ponto da rede que ganha destaque é a Unidade Básica de Saúde (UBS), tornando-se uma referência estratégica para a organização da assistência em âmbito nacional, pois passa a ser considerada como a *“porta de entrada para atender a qualquer demanda da população adstrita na mesma região da unidade”*. (Brasil, 2006a). Isto é, a UBS torna-se o local no qual a população vizinha à unidade poderá endereçar aos trabalhadores da Saúde Mental e da Saúde da Família suas necessidades de saúde, seja pela atenção generalista, pela qual se responsabilizam os profissionais da Equipe da Saúde da Família, seja pela atenção à saúde mental com suas peculiaridades e especificidades.

Entretanto, a interação entre Atenção Primária e saúde mental é um dos grandes desafios atuais do SUS, como afirma uma técnica do Ministério da Saúde: *“O desafio atual diz respeito às formas de integração e articulação da saúde mental com a atenção básica, uma vez que a cobertura oferecida pelos serviços especializados é insuficiente para a maior parte da população que necessita de assistência em saúde mental.”* (Cavalcanti, 2008, p.1962).

Em 2003, o Ministério da Saúde publica, pela Secretaria de Atenção à Saúde, um documento resultante de oficinas e seminário sobre Saúde Mental na Atenção Básica, com título de *‘Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários’*. (Brasil, 2003). Já na sua apresentação o documento coloca índices levantados pela Organização Mundial de Saúde sobre a população com problemas de saúde mental: 3% da população necessitam de cuidados contínuos, os denominados de *‘transtornos mentais severos e persistentes’*, o que no Brasil significa em torno de 5,7 milhões de pessoas. Já os *‘transtornos mentais leves’*, menos graves somam em torno de 9% da população mundial, o que no Brasil significa que 17,1 milhões de brasileiros com *“queixas psicossomáticas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves, etc, que procuram pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua área de referência.”* (Brasil, 2003, p.2). Perfil que forma o principal contingente que procura pela UBS são as *‘pessoas sofridas’*, os *‘transtornos mentais leves’*, o que não representa um trabalho leve para os profissionais da SM e da SF, como veremos na análise das entrevistas realizada no capítulo 5.

Na segunda gestão do governo Lula, no período entre 2007 a 2010, o documento do Ministério da Saúde, relativo à saúde mental no Brasil, no capítulo referente à Saúde Mental e Atenção Básica reafirma o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o matriciamento como estratégias necessárias para se consolidar a atenção à saúde mental para população em sofrimento mental no seu território de convivências. O que ganha extensão com os índices elevados de uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, conforme destaca o aludido relatório: “2008, a *Portaria GM 1545/08 recomenda a inclusão de profissionais de saúde mental nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este foi um dos avanços do período 2007-2010 para inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica.*” (Brasil, 2011, p. 26, grifos nossos). Torna-se, assim, evidente o destaque dado à UBS como um serviço de atenção à saúde, que deverá incluir nas práticas cotidiana, também, o acolhimento de saúde mental.

Em nossa prática⁸, percebemos que, se por um lado, a população encontra no Centro de Saúde/UBS de seu território um lugar ao qual endereçar suas demandas de saúde, por outro lado, os profissionais que ali trabalham, necessitam lidar com uma demanda relativa a saúde mental, que é crescente, complexa e peculiar. Nesse contexto, a questão que se apresenta é: quais os impactos do trabalho em saúde mental na Atenção Primária, de exigências crescentes e peculiares, para os profissionais das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família que trabalham na UBS?

As equipes de Saúde da Família alocadas nas UBS, são compostas por profissionais generalistas- 1 médico da saúde da família, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, e 3 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). O quantitativo de equipes e sua composição dependem dos índices de densidade demográfica, epidemiológicos e de vulnerabilidade social. Essas equipes são responsáveis pelo acolhimento e tratamento de toda população de um determinado território circunvizinho à UBS. As atribuições básicas e prioritárias, voltadas para prevenção, são: saúde do adulto e idoso; da criança; da mulher; bucal e saúde mental. (Brasil, 2006).

A equipe de Saúde Mental é composta por profissionais especialistas: 1 psiquiatra e de 1 a 2 técnicos da saúde mental, sendo que, nas UBS de Belo Horizonte envolvidas na pesquisa, essa equipe era composta por 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 assistente social. A

⁸ Como professora da disciplina Saúde Mental e Trabalho, no curso de Psicologia da PUC Minas/Belo Horizonte/Unidade São Gabriel, desenvolvo supervisão de estágios e pesquisas correlativas ao tema desta tese. Uma das frentes de trabalho de estágio e pesquisa é desenvolvida junto a trabalhadores de Unidades de Saúde circunvizinhas à PUC. Esta unidade da PUC Minas está localizada na região Nordeste da cidade de Belo Horizonte, com alto índice de concentração demográfica e de vulnerabilidade social. Por consequência, existe alocação significativa de equipes da Saúde da Família e da Saúde Mental nesse Distrito Sanitário da PBH.

composição e alocação da ESM seguem os mesmos critérios da Saúde da Família: perfil epidemiológico, densidade populacional e vulnerabilidade social.

Para se efetivar a atual diretriz de confluência da atenção entre saúde mental e Atenção Básica, o matriciamento apresenta-se como um dispositivo organizativo, cujo objetivo é de ampliar a ação dos profissionais generalistas da Saúde da Família, que passam a contar com a supervisão de uma equipe de especialistas através do suporte assistencial e técnico-pedagógico. O apoio matricial em saúde é uma metodologia que objetiva, portanto, assegurar melhores condições de trabalho para os generalistas das equipes de SF, que deverão acolher todos os usuários que procurem a Unidade Básica de Saúde, ou seja, o matriciamento, segundo Campos e Domitti (2007, p.399-400): *“Objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde [...]. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.”*

Tal modelo de suporte assistencial e técnico-pedagógico, fundado em um intercâmbio Saúde Mental/ Saúde da Família, já ocorria desde a década de 90, no chamado Projeto Qualis/PSF, em São Paulo. As equipes volantes de saúde mental, assim chamadas por Lancetti (2008), já atuavam na perspectiva de trabalho interdisciplinar em um modelo parecido como descrito por Campos e Domitt (2007). Essa prática desenvolvida em São Paulo *“tem como seus pilares a discussão sistemática de caso das equipes de saúde mental com as equipes de saúde da família”*. (Lancetti, 2008, p.36). Em Belo Horizonte as equipes de SM estão alocadas nos Centros de Saúde desde 1984. (Ferreira Neto, 2008).

Podemos considerar, portanto, que o matriciamento não é uma prática inaugurada recentemente, mas que se trata de um processo sócio-histórico em que os atores sociais diretamente envolvidos com atenção à saúde mental no respectivo território, já o vinham construindo na prática de seus respectivos trabalhos em relação a determinadas condições de trabalho, necessidades sociais e dos respectivos usuários.

Ante o exposto, o que se destaca é que no ano de 2008 o Ministério da Saúde aprova a Portaria nº 154/GM 2008, que estabelece o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apresentando o apoio e assistência de diferentes especialidades à Equipe de Saúde da Família, a fim de viabilizar atenção territorializada e na moradia do usuário, aí incluindo o suporte às necessidades específicas da pessoa em situação de sofrimento mental. Com essa Portaria o matriciamento torna-se uma referência de apoio ao trabalho dos profissionais generalistas das equipes de saúde da família, para todos os municípios brasileiros.

No que tange nosso tema de investigação, destacamos o Relatório da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, sobre a avaliação feita a respeito da rede de assistência no período do governo entre 2003 e 2006. (Brasil, 2007). Esse documento já destacava o investimento em ‘supervisões clínicas institucionais’ como uma possível frente de enfrentamento às demandas complexas e crescentes que se apresentam para o trabalho das equipes da SF na ‘porta de entrada’ do sistema de saúde, os Centros de Saúde.

Houve, também, desde a primeira gestão do governo Lula, entre os anos de 2003 a 2006, um investimento na busca da integração do trabalho das equipes de saúde Mental e Saúde da Família através do matriciamento. O registro a seguir é ilustrativo nesse sentido:

As experiências das equipes matriciais de saúde mental e os processos de formação estão ainda em construção. Não há dúvida de **que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial é um dos principais desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país nos próximos quatro anos** e para garantia da acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do SUS. (Brasil, 2007, p. 22, grifos nossos).

O nosso foco de análise se voltou para esse momento de trabalho compartilhado, o matriciamento, entre profissionais da Saúde da Família e os especialistas da Saúde Mental. Nosso estudo junto com os trabalhadores da SF e da SM, a pesquisa de campo, foi desenvolvido em três Centros de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste, da cidade de Belo Horizonte.

A pesquisa de campo foi desenvolvida, basicamente por questões de ordem prática, uma vez que residimos no mencionado município e ali trabalhamos, integrando o corpo docente do curso de Psicologia em uma Unidade da PUC Minas, localizada na região Nordeste da cidade, região com alto índice de densidade demográfica e vulnerabilidade social, formando o segundo Distrito Sanitário mais populoso deste município. Contexto ao qual se somam nossas vivências em relação aos estágios supervisionados e pesquisas realizadas em unidades de saúde localizadas nessa mesma região da Prefeitura de Belo Horizonte.

Esse quadro se soma ao fato de que, mais recentemente passamos a lecionar disciplina Psicologia e Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas/BH-MG, com supervisão de estágio sobre acolhimento⁹ ao usuário do SUS em um Ambulatório e em um

⁹ O glossário SUS conceitua Acolhimento como: “*Recepção do usuário, desde sua chegada, **responsabilizando-se integralmente por ele**, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, **garantindo atenção resolútiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.***” (Brasil, 2009, grifos nossos).

Esta tem sido uma diretriz, posta pelas políticas em vigor, para a prática dos profissionais na rede de assistência do SUS, oficializada pela Política Nacional de Humanização/Humaniza SUS, em março de 2004, que alcança todos os níveis de assistência, inclusive na Atenção Primária/nas UBS- Centros de Saúde.

Hospital Universitário daquela Faculdade, sendo que ambos atuam como Atenção Secundária e Atenção Terciária do SUS-BH.

Além dessas experiências nos campos de saúde mental e trabalho e de saúde pública, a cidade de Belo Horizonte tem participado de modo relevante nos processos decisórios das políticas públicas de saúde, tanto no âmbito estadual quanto no federal. Participação de parte da população, de trabalhadores da saúde e de intelectuais, que tem permitido para além das disputas e retrocessos, significativos avanços e inovações no SUS-Belo Horizonte.

Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, tem representatividade histórica nos movimentos políticos pela saúde e reafirma seu papel no atual momento histórico no Brasil, pela busca da integralidade da saúde mental na Atenção Básica. Dentro desse ambiente as equipes de Saúde da Família da PBH foram criadas e oficialmente implantadas em fevereiro de 2002. No município de Belo Horizonte, a Atenção Básica, em que se localiza a estratégia política da saúde da família, é reconhecida como “[...] *rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realizam diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade*”. (Belo Horizonte, 2008). A rede de Atenção Primária de Belo Horizonte que se distribui nos territórios distritais da cidade, atualmente conta com 145 Centros de Saúde, com base nas regiões de responsabilidade sanitária chamadas de áreas de abrangência. A rede de Atenção Primária conta com 548 equipes de SF que atendem 75% dos habitantes, o que significa aproximadamente um milhão setecentos e trinta e nove mil pessoas.

Já a rede de saúde mental da cidade de Belo Horizonte que teve como eixo organizador os serviços substitutivos à lógica manicomial, começou a ser implantada em 1993 em consonância com as diretrizes do Movimento Antimanicomial, que segundo Souza (2008), foi uma proposta política de desconstrução do modelo manicomial, de enfretamento e de desconstrução da rede hospitalar psiquiátrica, que era considerável no município até aquele momento. O primeiro Serviço Substitutivo, denominado de Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), correspondente ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é de 1993, após a vitória da Frente Popular para o governo municipal da Prefeitura de Belo Horizonte. (Souza, 2008, p. 113).

O SUS-BH, em relação à saúde mental na Atenção Primária, conta, hoje, com 68 equipes de Saúde Mental, lotadas nos Centros de Saúde. Cada equipe é composta por um

Os trabalhadores das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família têm como atribuição prioritária realizar o acolhimento do usuário que se apresenta na unidade e, na perspectiva do matriciamento, deve-se evitar a lógica do encaminhamento. Esta é uma problemática que extrapola nossos objetivos, entretanto, o trabalho do acolhimento foi analisado, conforme apresentado no capítulo 5, quando analisamos as entrevistas realizadas.

psiquiatra e dois técnicos de saúde mental, realiza atendimento aos usuários da área de abrangência de até três Unidades de Saúde, sendo também referência para as equipes de Saúde da Família desse conjunto de UBS, através do trabalho de matriciamento. (Belo Horizonte, 2009).

A expansão da estratégia da política de saúde através da Saúde da Família para consolidação do modelo assistencial vigente no Brasil vem sendo perpassada por inúmeras dificuldades principalmente no que se refere aos recursos humanos e financeiros. O que se soma à complexidade do atual momento político que busca integrar a rede de assistência de Atenção Básica, a atenção à saúde mental. Esse ponto de vista foi explicitado nos estudos de especialistas e pesquisadores do campo da saúde coletiva e saúde mental (Campos, 1997; 2003; Lancetti, 2001; Nunes et al., 2007; Arona, 2009; Delfini et al., 2009), em pesquisas que evidenciam a relevância do trabalhador da saúde para fazer valer as políticas com suas Leis, Portarias, diretrizes, normas. Destacam, tais pesquisas, a importância de esse trabalhador ressignificar sua prática, seus saberes no/do trabalho junto à assistência a saúde à população usuária do SUS.

As referidas pesquisas afirmam ainda que a assistência à saúde mental, de acordo com os pressupostos das políticas públicas para a saúde e da reforma psiquiátrica em seu Movimento Antimanicomial, se consolidará por meio de um projeto de trabalho resultante da ‘relação dialógica’ (Lancetti, 2001; Campos, 2003; Nunes et al., 2007), entre os diferentes profissionais da saúde mental e, os profissionais da Saúde da Família, nas UBS.

Os estudos precedentes que destacamos acima, afirmam que a estratégia política da Saúde da Família opera mudanças no trabalho de atenção à saúde, principalmente quando se trata de atenção à saúde mental realizada por profissionais generalistas da Saúde da Família. Afirmam também que essas equipes apresentam pouca capacitação para o trabalho com saúde mental e, em alguns casos, atuam em condições precárias de trabalho. Outros estudos constataam a complexidade e densidade do trabalho (Mehry, 2004), como ainda o afastamento de trabalhadores em decorrência das condições e da organização do trabalho na assistência à saúde (Ramminger, 2008).

Entretanto, ainda não foram realizados estudos relacionados ao trabalho compartilhado no momento do matriciamento e as ressonâncias deste na subjetividade dos profissionais das equipes de Saúde da Família e Saúde Mental, sob a perspectiva da análise dialética de documentação e dos relatos dos trabalhadores aí envolvidos. Esta é, em nosso caso, a novidade e o desafio que a presente tese se propõe a refletir criticamente.

Neste contexto formulamos a nossa hipótese: o atual modelo político e programático de atenção à saúde mental na Atenção Básica opera modificações concretas e complexas no processo de trabalho e causa ressonâncias na subjetividade do trabalhador das equipes- de Saúde da Família e de Saúde Mental. A partir dessa hipótese a pesquisa priorizou o campo, o trabalho em saúde mental na Atenção Primária em três Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário nordeste de Belo Horizonte.

A fim de realizarmos a adequada apresentação dos resultados da pesquisa desenvolvida, optamos por estruturar esta tese da maneira informada a seguir. Assim, o segundo capítulo abordará a implementação do SUS a partir do processo de redemocratização do país, através do movimento pela saúde ocorrido nesse contexto- Movimento da Reforma Sanitária. Em seguida, contextualizaremos a mobilização da luta antimanicomial - Movimento da Luta Antimanicomial, que foi protagonista na constituição dos serviços substitutivos à lógica então hegemônica, o sistema manicomial-hospitalocêntrico. Como se sabe, trata-se de dois movimentos cujo envolvimento e participação civil- usuários, familiares, intelectuais, estudantes e trabalhadores, dentre outros grupos sociais envolvidos, influenciaram e influenciam diretamente os processos decisórios relativos à legislação e institucionalização de modelos de atenção à saúde e a saúde mental.

No terceiro capítulo, apresentaremos a metodologia utilizada para o desenvolvimento do nosso percurso teórico e em campo, sendo, num primeiro momento justificada, a escolha pela dialética como referência para o nosso pensamento. Em seguida, apresentamos referencial teórico que ampara toda a nossa compreensão e as tentativas de aproximação acerca da relação entre trabalho e subjetividade na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Posteriormente, apresentamos os procedimentos usados para análise dos documentos e na condução e interpretação das entrevistas.

Nosso quarto capítulo apresenta análise de documentos elaborados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, além de Leis e Portarias que tratam do tema, ou seja, vislumbramos contextualizar e acessar possíveis prescrições sobre o trabalho em saúde mental na Atenção Básica, a partir da leitura crítica dos mencionados instrumentos normativos. Análise realizada na perspectiva dialética e, portanto, vislumbrando os processos e contradições.

Por fim, no quinto capítulo, analisamos as vivências no trabalho com o acolhimento da pessoa em situação de sofrimento mental realizado pelos profissionais das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família, tendo em vista a questão que aqui retratamos: quais efeitos dessas

políticas e práticas na subjetividade dos profissionais das equipes- Saúde da Família e Saúde Mental?

Nas considerações finais buscamos fazer uma síntese crítica das questões e objetivos a que nos propusemos, levando em conta os resultados que elaboramos até o presente momento.

2 - SAÚDE COMO DIREITO UNIVERSAL: SUS E A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O presente capítulo aborda um breve histórico sobre o SUS enquanto uma política para atenção à saúde e como conquista do Movimento da Reforma Sanitária. Considerando os objetivos desse trabalho, trata também do Movimento Antimanicomial¹⁰, movimento político que se organizou e busca participar ativamente das políticas a favor da desinstitucionalização e reinserção social das pessoas tidas como ‘loucas’, os ‘doentes mentais’.

Partimos da concepção de política pública enquanto processo decisório dinâmico, complexo, perpassado por necessidades sociais e históricas, bem como por interesses de diferentes atores sociais e também pelas contradições presentes nesses movimentos políticos. Segundo Souza (2007), seria arriscado buscar estabelecer a melhor definição de política pública, em razão de as diferentes perspectivas dos estudos, ainda que se concentrem em aspectos como as decisões de governo, a base eleitoral e as influências que exercem na vida das pessoas. Entretanto, uma definição considerada mais clássica pela autora apresenta a noção de políticas públicas como *“Uma regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas.”* (Souza, 2007, p.68). Para nosso tema de pesquisa consideramos, em concordância com a autora, a formulação de políticas públicas, inseridas em contexto de governo democrático, como um processo decisório complexo e dinâmico, com vistas a traduzir propósitos e plataforma eleitoral em programas e ações que objetivem a geração de mudanças nos modos de vida. Essa concepção será discutida mais à frente, na perspectiva do Estado do Bem Estar Social. Em nosso caso, nos interessamos pelas políticas de saúde a partir da implementação do SUS e, em especial,

¹⁰ Destaca-se que, na Reforma Psiquiátrica Brasileira, o MLA não é o único movimento da área da saúde mental. Como afirma Scarcelli (1998), a reforma psiquiátrica não é um momento monolítico e o MLA é um dos principais protagonistas nessa história. Amarante (2008, p.742) o considera como um movimento vivo e de fundamental importância: *“O MLA, existente até os dias atuais, não é o único movimento na área, mas é certamente o mais importante e abrangente ator social no processo da reforma psiquiátrica Brasileira”*. Existem diferentes perspectivas na reforma psiquiátrica, inclusive as que defendem os leitos e hospitais psiquiátricos ‘reformados’, a exemplo do grupo de representantes da ABP-Associação Brasileira de Psiquiatria, rede hospitalar privada e de certos segmentos civis. Movimento este que vem ganhando espaço na mídia, com justificativas equivocadas quanto à necessidade de contenção, via exclusão, do crescente número de usuários de álcool, crack e outras drogas.

Nossa opção em adotar o MLA como o movimento antimanicomial por excelência, mesmo que polissêmico, é ético-política por reconhecer a indelével necessidade de desmonte do aparato manicomial-asilar excludente. Além da necessária consolidação de outras formas de convivência sócio-cultural com o bizarro, com o que escape à normalidade, o dito louco, enquanto pessoa cidadã de deveres e direitos. Isto é, considerar todo cidadão como de direito à saúde e à saúde mental, o que é próprio da perspectiva da cidadania ampliada, apresentada na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/SUS.

pelo momento presente em que as políticas por meio de suas Leis e Portarias com respectivos programas estabelecem diretrizes com vistas a integrar na rede de assistência da Atenção Primária a atenção à saúde mental.

As novas políticas requerem aprovação de nova legislação que passará em um governo democrático, pela discussão, disputas decisórias e posterior aprovação no poder legislativo- em âmbitos federal, estadual ou municipal de acordo com a respectiva esfera de administração em questão. Quando se trata de processar atualizações em políticas já existentes, recorre-se às Portarias com decisão alocada no poder executivo.

Duas Leis são orientadoras das políticas de saúde e saúde mental no Brasil: a Lei 8.080, de 1990, que promulga o Sistema Único de Saúde para o Brasil (SUS) e, a Lei 10.216, de 2001, que decreta os direitos da pessoa em situação de transtorno mental que aqui trataremos como pessoa em situação de sofrimento mental, e o modelo de assistência a essa população. Ressalta-se que o SUS é uma política pública que define todo o sistema e a atenção à saúde no Brasil, decorrente do movimento político da reforma sanitária, conforme assinalam os estudos de Paim (2008; 2008b); Fleury (2006; 2009).

Já o Movimento da Luta Antimanicomial corresponde a um movimento político de trabalhadores, intelectuais, estudantes, usuários da saúde mental e familiares que buscaram e ainda buscam junto às três esferas de governo, condições para que os programas e ações de saúde mental previstos em Lei e Portarias se consolidem, ou que sejam superadas em novas propostas.

Como nosso interesse se assenta no trabalho em saúde mental na Unidade Básica de Saúde, desenvolvido em conjunto pelas equipes- de Saúde Mental e de Saúde da Família, a história e confluência da saúde mental e SUS, quanto à Atenção Básica, configuram o contexto em análise.

Decorre-se desse recorte temático nosso interesse pelo diálogo proposto entre os movimentos que lutam pelo SUS e Saúde Mental, que hoje têm em comum, dentre tantos desafios, os relativos ao processo de trabalho junto à população em situação de sofrimento mental, na ‘porta de entrada’ do sistema de saúde brasileiro, que é formado pela rede de Unidades Básicas de Saúde em cada município. (Brasil, 2004; 2006; 2008).

2.1 Saúde como direito social

Como já apontado, os movimentos políticos pela saúde pública fizeram e ainda fazem história no Brasil: Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que culminaram com a constituição do SUS/ Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de 1990 e da Lei nº 10.216 de 2001 pela saúde mental desinstitucionalizada. Em relação à mobilização civil na reforma sanitária, Paim (2008b, p. 626), um estudioso e partícipe desse processo, explicita o quanto essa mobilização foi determinante para a viabilização da proposta do SUS:

O Sistema Único de Saúde (SUS) dela derivado [derivado da reforma sanitária], corresponde a uma reforma setorial cuja origem não se encontra no Estado nem no governo, mas sim no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais que combateram o autoritarismo desde os anos 1970, defendendo a democratização da saúde. [Comentário nosso].

Entendemos, nessa perspectiva, que as Leis determinam condições de vida e de trabalho e também são construções resultantes da mobilização e participação civil em prol de decisões relativas às necessidades sociais e históricas. Uma participação social com avanços e arrefecimentos, que se presencia tanto no SUS em relação à política de assistência à saúde brasileira, quanto no movimento político a favor da saúde mental desinstitucionalizada, que na atualidade se encontram na ‘porta de entrada’ da assistência à saúde- Unidade Básica de Saúde, a rede de Atenção Básica formada pelos Centros de Saúde dos Municípios, como é o caso da cidade de Belo Horizonte onde realizamos nosso estudo.¹¹

A participação civil nos processos políticos, nos embates em que se disputam influências nas decisões, é realizada por atores sociais representantes de diferentes segmentos e interesses (Fleury, 2008; 2009). Atores sociais que são determinados pelas condições concretas de vida, inclusive pelo aparato legal-institucional, como também podem ser co-autores do processo decisório de elaboração de conteúdos que se farão presentes nos

¹¹ Nota-se, entretanto, que apesar dos documentos governamentais apresentarem a interface e a busca de integração entre os serviços especializados em SM e a Atenção Básica, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica e da Portaria do NASF (Brasil, 2006; 2008), ainda prevalece, do ponto de vista dos profissionais da saúde mental que não estão inseridos na rede da Atenção Primária, uma centralidade nos serviços do CAPS– atenção secundária/especializada, conforme atestam estudos de Scarcelli e Junqueira (2011).

Em nosso caso focalizamos os trabalhadores alocados nas equipes da SM e SF da Atenção Básica, e a partir da prática em saúde mental nas UBS, atestam a necessidade de se ampliar a integração com os serviços especializados, como veremos no capítulo 5, quando analisamos as entrevistas realizadas.

documentos oficiais. Assim sendo, a breve descrição histórica do SUS e do Movimento Antimanicomial apresentada a seguir, considera o processo decisório de formulação das Leis e Portarias como constitutiva das diretrizes que estas estabelecem

Estamos considerando as políticas públicas de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde de 1990, como políticas sociais em concordância com Fleury (2006; 2008; 2009) e Paim (2007; 2008). Política de saúde enquanto política social como veremos mais à frente, entendida como uma modalidade da política pública que visa a fornecer condições de vida cidadã à população. Apresentaremos nesse tópico, uma concepção de política articulada à política social que se fez em um dado momento histórico, com referência ao Estado de Bem Estar Social. Problematizaremos essa referência de Estado na sociedade brasileira com suas contradições e, para concluir este capítulo, discutimos a saúde enquanto um direito social universal no Brasil, o qual se expande quando o SUS orienta assistência à saúde mental na Atenção Básica, como ‘porta de entrada’ acessível a todo cidadão brasileiro buscando incluir na rede de Atenção Primária as pessoas em situação de sofrimento mental.

2.1.1 Políticas sociais: apontamentos conceituais

O campo da política traz o reconhecimento da premissa de que os indivíduos são diferentes e necessitam uns dos outros para viver. Um objetivo básico da política é, assim, o de reconhecer as diferenças entre as pessoas e possibilitar uma vida em comum. (Bobbio, p.955-957, 2000). Portanto, tomamos a política como uma arena de decisões perpassada por conflitos de interesses dos diferentes atores sociais participantes. Entendendo a política como processos decisórios e de institucionalização das decisões, os conflitos decorrentes da divergência de interesses estão potencialmente presentes nas relações políticas. Trata-se, então, de processo constituído por dois momentos dinâmicos e complementares, conforme Bobbio (2000, p.956): um momento de identificação com o outro, visando ao estabelecimento de uma ação comum; e um momento de disputa de quem é capaz de fazer valer os seus interesses e valores frente a valores e interesses divergentes.

As questões envolvidas na política são referentes ao espaço e aos bens públicos. O espaço público é aquele onde pessoas compartilham sua existência, já as questões públicas são as que afetam de alguma forma cada um dos que compõem o coletivo de pessoas em

determinado contexto e conjuntura. Para Rocha (1999 e 2001) a participação e o exercício do poder são forças determinantes no desenho do espaço público e das políticas públicas que direcionam o acesso aos bens públicos. O poder político implica a capacidade, imposta ou legítima, de transformar valores, premissas, metas em ação de uma coletividade em determinado contexto com objetivos pré-estabelecidos por aqueles que tomam as decisões. Decisões tomadas por quem têm influência e poder junto ao Estado, que segundo Rocha (1999) estão sempre balizadas pela relação entre necessidades e interesses *versus* prioridades *versus* alocação de recursos. Entretanto, estes últimos intervenientes no processo decisório- a distribuição e alocação de recursos para as políticas públicas são apresentados histórica e ideologicamente como escassos em relação a demandas sociais, tornando-se fonte de acirrados conflitos nas decisões conforme o modelo de governo vigente.

As políticas sociais como uma subclasse ou um aspecto da política, surgem como desdobramento do complexo de forças em luta pelos ‘escassos’ recursos. As políticas refletem as decisões governamentais projetadas para solucionar problemas específicos, constituindo-se uma ‘ponte’ entre a situação existente e um futuro possível e desejável (Rocha, 2001). Uma modalidade de política pública é a política social que objetiva fornecer condições básicas de vida à população, e o significado desta intenção política muda de sociedade para sociedade em diferentes conjunturas históricas. As políticas sociais têm como premissa buscar uma situação de maior igualdade entre os componentes de uma sociedade e fornecer um nível básico de segurança socioeconômica. A saúde pública, nas sociedades modernas, tanto é tema das políticas sociais, tendo em vista o princípio da viabilização de condições de vida, quanto se depara em relação aos programas e serviços de saúde, com o cerne do conflito redistributivo: alocação de recursos ‘escassos’ *versus* prioridades ‘complexas’ *versus* poder de influência dos diferentes grupos, atores sociais, participantes dos processos decisórios. E o setor de saúde no Brasil é parte das políticas de proteção social, conforme colocado na Constituição no capítulo II, a seguridade social inclui: saúde, previdência e assistência social. (Brasil, 2008a)

As políticas sociais são orientadas por três pressupostos básicos: integração, participação, redistribuição (Rocha & Faria, 2004). O princípio de integração implica ação estatal com poder de alcance em todo o território nacional, viabilizando um Estado e governo nacionais. O segundo requisito das políticas sociais é a participação. O processo da constituição do Estado moderno considera a participação da popular como mecanismo para legitimar o Estado em relação à sociedade. O terceiro fator componente das políticas sociais é a redistribuição, via o estabelecimento de mecanismos de distribuição da riqueza produzida

pela sociedade. Os requisitos integração, participação e redistribuição orientam a elaboração de políticas sociais a serem implementadas de acordo com o modelo de Estado em vigor, ou seja, o conteúdo e o direcionamento propostos por uma determinada política e respectiva institucionalização pelo aparato legal/institucional, dependem diretamente das forças políticas exercidas pelos grupos participantes dos processos relativos à alocação de recursos e desenvolvimento de programas. Dinâmica que ganha vitalidade e expansão com a construção do Estado Moderno pelo regime político democrático, ao possibilitar a participação efetiva da sociedade civil. Esses pressupostos, com apresentado anteriormente, orientaram as Leis elaboradas no processo de redemocratização no Brasil- Carta Magna de 1988, a Lei nº 8.080 de 1990, que promulgou o Sistema Único de Saúde Brasileiro, e a Lei nº 10.216, de 2001, que estabelece os direitos das pessoas em situação de sofrimento mental e apresenta diretrizes para uma atenção que viabilize sua reinserção social.

Em síntese, a questão que, neste momento, se apresenta é: poderíamos considerar que esse movimento político pela saúde pública brasileira, com as divergências e dissonâncias de interesses entre partícipes e decisões, apresenta em comum a busca pela cidadania ampla para todos os brasileiros?

O Estado moderno democrático depende de indivíduos livres para sustentar a lógica econômica capitalista que se consolida contemporaneamente ao modelo político de democracia. A sociedade democrática e capitalista é organizada pela divisão social de classes entre os que detém os meios de produção e aqueles que vendem a força de trabalho, mantendo o ciclo da produção e o consumo. Há, nesse contexto, paradoxos dentre os quais destacamos: o Estado moderno democrático para se legitimar precisa de pessoas livres, cidadãos com suposta igualdade de participação na arena política, ao passo que a organização econômica e social no Estado moderno se faz pela divisão social de classes, mantendo relações de subordinação e dominação. Fleury (2008, p.25) sintetiza a contradição no interior da organização do Estado moderno quanto à liberdade e cidadania: *“Enquanto a classe social está fundamentada na desigualdade econômica, a cidadania garante os mesmos direitos e deveres a todos”*.

O Estado moderno democrático é um Estado de direitos plenos, envolto em uma organização econômica capitalista, que se viabiliza, contraditoriamente, nas desigualdades sociais. Conjuntura contraditória existente nos países de economia avançada, que ao investirem nas bases da proteção social, com intervenção estatal para promover o Bem Estar Social via desenvolvimento de políticas sociais, também acirraram a divisão de classes sociais. Contradições que ganham expressividade e complexidade quando se trata de políticas

sociais, pautadas pelos princípios de integração, participação e redistribuição da riqueza social, em países de economia em desenvolvimento, como é o caso brasileiro, conforme sinalizam os estudos de Demo (1998), Demo e Pires (2006).

Entender a política de saúde como uma política social significa conforme autores acima citados, considerar a saúde como um dos direitos inerentes à condição de cidadania, sendo sustentada pela participação das pessoas na sociedade democrática e pelo acesso aos bens e serviços públicos. Nos diferentes cenários políticos desenham-se distintas políticas sociais e de saúde, decorrentes das formas de acesso e participação dos cidadãos nos processos decisórios das políticas públicas. Compreende-se, por conseguinte, que o processo político em governo democrático, que se constrói continuamente com a participação dos cidadãos, depende em contrapartida da construção permanente de sujeitos políticos, ou seja, de pessoas, atores sociais que se impliquem na busca de participação na construção da vida coletiva, através do exercício de cidadania plena- participativa. (Fleury, 2009; Paim, 2008a, 2008b)

A política social envolve intervenção estatal no sentido da promoção do bem-estar social. É o caráter dessa intervenção que revela certa concepção de Estado. A ideia de política social nos países desenvolvidos e de centro vai integrar-se de maneira progressiva numa forma de organização política, principalmente após a Segunda Guerra Mundial com o amadurecimento da social-democracia, gerida pelo chamado o Estado de Bem Estar Social.

Ainda que não haja um consenso conceitual sobre o Estado Bem Estar Social, estudiosos do tema no Brasil, como Arrecht (1996; 2008), Cohn (1994; 2007), Demo (1998; 2006) reconhecem características convergentes quanto ao modelo de regime democrático e desenvolvimento econômico, resguardadas as especificidades principalmente quando se analisam os casos dos países periféricos - ‘sub-desenvolvidos’, ‘em desenvolvimento’.

Trata-se, portanto, de considerar as políticas sociais como síntese dialética entre modos e relações de produção nas sociedades capitalistas, e o acesso à participação nas disputas nas arenas políticas pelos bens e serviços públicos integrados quanto às demandas locais e as diretrizes políticas de âmbito nacional.

As sociedades desenvolvidas economicamente são consideradas como os países centrais, decisores na arena política mundial (Europa central e América do Norte). Segundo Demo e Pires (2006, p.58), os países periféricos, dos quais o Brasil faz parte, são os que estão na periferia das “*grandes decisões mundiais*”. Na configuração das relações econômicas e

sociais contemporâneas, com a globalização da economia¹², as decisões políticas nacionais são influenciadas diretamente e em tempo real pelos riscos e oportunidades das relações internacionais tanto no nível político-econômico, quanto nos impactos que exercem sobre as políticas sociais e, em especial, no campo da saúde pública, já que o trânsito de pessoas e principalmente de mercadorias ganha expressividade em escala mundial.

O Estado Providência, do Bem Estar Social, será engendrado em diferentes formas dependentes da organização da sociedade e do desenvolvimento econômico. Essa organização política das sociedades democráticas, nos moldes do Estado Protetor, é engendradora para responder às demandas sociais em sociedades que passam a contar com a participação de diferentes grupos, que apresentam questões e reivindicam soluções para diferentes problemas de determinada coletividade.

As políticas de saúde no Brasil a partir dos anos de 1980 e 1990 foram pensadas e decididas em contexto de processo de redemocratização, como também de política econômica neoliberal¹³ nos países centrais, que buscaram reduzir a participação do Estado quanto ao fomento e manutenção de políticas sociais. Uma complexa conjuntura de busca pela retomada da democracia brasileira, de um lado, e um movimento de globalização econômica seguindo ditames liberais acontecia, por outro lado, nos países desenvolvidos formaram o contexto

¹² A noção de ‘globalização econômica’ apresenta uma falsa idéia incorporada ao senso comum, como suposta coligação, integração de todos os países nas relações econômicas em condições de igualdade. Esse apelo ideológico surge nos anos de 1980, quando os países de economia avançada se veem em crise em razão da retração de consumo e esgotamento de linhas de financiamento após período de duas crises de petróleo nos anos de 1970, matriz energética fundamental de tal contexto produtivo (Antunes, 2008; 2009; 2010). O movimento político dos países desenvolvidos voltou-se para os princípios liberais como o da liberalização dos mercados, desregulamentação da força de trabalho e a privatização do patrimônio social e estatal (Antunes, 2008). Portanto, o movimento da globalização econômica não é natural: passa por decisões políticas representantes de interesses de determinados grupos, resultando em impactos diretos na complexa rede das políticas sociais.

¹³ Sobre as Políticas Neoliberais tem-se um dissenso conceitual. Alguns autores a exemplo de Matoso (1995), Matoso e Pochman (1998), Demo (1998 e 2006), problematizam que se não houve sequer a consolidação dos princípios do Estado moderno e das diretrizes do Liberalismo Econômico nos países centrais, menos ainda nos países periféricos, como falar de Neoliberalismo em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil?

Furtado (2010. Exposição na Banca de Qualificação do projeto de doutoramento) afirma que o Neoliberalismo surge como uma teoria para combater o Estado do Bem Estar Social, propondo o Estado Mínimo construído a partir das privatizações. Ou seja, uma teoria econômica aplicada para salvar uma economia em crise.

Portanto, estamos trabalhando com a concepção de um Neoliberalismo econômico, tanto com a concepção de um modelo específico de Estado de Bem Estar Social no Brasil, com as necessárias ressalvas relacionadas a diversidade territorial, políticas locais, as desigualdades sociais historicamente presentes nas relações entre as pessoas, grupos e classes sociais brasileiras.

A partir da década de 80 com a crise financeira, houve diminuição da participação e intervenção do Estado com respectivo aumento da regulação mediada pelas relações comerciais, mercadológicas, o que gerou efeitos no governo no Brasil a partir nos anos de 1990, com as políticas adotadas a partir de Fernando Collor de Melo que se acentuaram com o governo de Fernando Henrique Cardoso, na redução da participação estatal nas políticas sociais. O que teve efeitos diretos nas políticas de saúde.

sócio-histórico na implementação do SUS. Nos anos de 1990 a reforma sanitária encontra-se em um complexo divergente: por um lado, este movimento político lutava por saúde e democracia (Paim, 2008a; 2008b), mas, por outro lado, se confrontava com um contexto de governo que passava a aderir à lógica proposta pelo neoliberalismo dando autonomia ao mercado e às relações econômicas, com redução da atuação do Estado. Mesmo assim, o movimento político da reforma sanitária exerceu influências diretas nas proposições políticas em fase de construção para a saúde pública no Brasil.

A exemplo da relação entre atores sociais da reforma sanitária e o contexto político em mútua influência, citamos o lema da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986, que contou com participação significativa de representantes do MRS: “*saúde é cidadania e cidadania é saúde*”, consoante ao processo de redemocratização em voga naquela época histórica do País (Paim, 2008a, p.155). A Lei nº 8.080 de 1990, resultante dessa mobilização civil, institui o SUS como o sistema de saúde pública para toda a população no Brasil. Entretanto, o SUS que institucionalizou no aparato jurídico-legal, os princípios e diretrizes defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária- Universalidade, Integralidade, Equidade, formaliza ao mesmo tempo a entrada da atenção privada suplementar. Para Cohn (1994; 2007), o mix público-privado na lei hegemônica do sistema de saúde brasileiro deflagra contradições e até mesmo antinomias que se fazem presentes na distribuição de recursos, quanto na organização dos serviços de saúde.

O contexto que se configurava nos países centrais de desmonte do Estado do Bem Estar Social, através de proposições de política neoliberal como solução para a crise econômica em que se encontravam a partir dos anos de 1980, já ressoava nas políticas sociais brasileiras, com efeitos diretos nas políticas de saúde.

O modelo de governo de Estado do Bem Estar Social, mesmo sem se moldar enquanto um modelo único, tornou-se referência para o desenvolvimento das políticas sociais. Dentre estas, a da saúde que será abordado a seguir.

2.1.2 Estado de Direitos: um breve histórico

A social democracia, surgida na transição do século XIX para o século XX, tornou-se um modelo político adotado pelos países de economia avançada, nos quais havia movimento operário forte e influente no cenário político. O mencionado modelo político,

posteriormente, torna-se referência também para os países em desenvolvimento. É nessa conjuntura que o Estado de Bem Estar Social torna-se uma referência para as políticas sociais, em meados do século XX nos países de centro (Demo, 1998; Demo & Pires, 2006), onde já se presenciava certa participação da sociedade civil em arenas políticas, em que grupos de centro do poder se viam forçados a ampliar o acesso da população nos fóruns políticos. Os processos decisórios políticos, portanto, passam a incluir as questões da vida cotidiana de diferentes grupos que compunham a sociedade. Formula-se, então, um modelo político que passa a desenvolver políticas públicas voltadas para melhorar as condições de vida, ganhando expressividade nos países centrais após a Segunda Guerra Mundial, até o início dos anos de 1980.

Arretche (1996) apresenta uma sistematização dos principais autores especialistas no tema do Estado de Bem Estar, enfatizando o histórico do Estado Social, a partir de grandes categorias temáticas para retratar as diferentes interpretações sobre os modelos que este ideal de Estado protetor social tomou nos países de capitalismo avançado. As teses representativas, para essa autora, são: Estado de Bem Estar como consequência do processo de industrialização; Estado Social surge por uma ordem política; Estado Protetor é concebido como uma tentativa de acordo entre capital e trabalho, originado dentro do capitalismo. Os casos tidos como emblemáticos do investimento governamental no modelo de Estado Protetor, foram os países desenvolvidos da Europa. A consideração a seguir sobre Estado de Bem Estar é significativa pelos apontamentos históricos e os desafios do modelo que busca por meio de políticas públicas e sociais, a redistribuição da riqueza social e a oferta de proteção social com vistas a desenvolver condições de vida para toda a população de um país.

Tais argumentos acentuam o Estado de Bem Estar Social como um campo de escolhas, de solução de conflitos no interior das sociedades (capitalistas avançadas), conflitos nos quais se decide a redistribuição dos frutos do trabalho social e o acesso da população à proteção contra riscos inerentes à vida social, proteção concebida como um direito de cidadania. (Arretche, 1996, p. 35).

Na década de 80 o Estado de Bem Estar tomado como referência política, econômica e social entra em crise. São diferentes as teses e perspectivas teóricas que buscam apontar as possíveis causas da crise do modelo do Estado Social, mas que, em comum, acenam para a complexidade do intento da proteção social da população no respectivo país sob a lógica capitalista determinante das relações de produção e relações sociais em desigualdade de acesso. Os modelos de Estado Bem Estar Social, em rigor, não alcançaram os países periféricos e nem mesmo se consolidaram nos países desenvolvidos. A problematização desse

processo sócio-histórico tem raiz na contradição inerente ao investimento político de implementação do Estado do Bem Estar, quanto à reprodução do capital e a promoção da vida e de cidadania. Como bem analisado por Demo (1998, p. 13): “*se um dia houver uma sociedade capaz de submeter o mercado à cidadania, já não seria mais capitalista*”.

O Estado Bem Estar Social tem seu valor histórico e utópico, mas sustentou uma falsa expectativa que seria a de tornar o sistema produtivo ‘domesticável’ e compatível com a justiça social. O capitalismo é indomável, por privilegiar o capital e a relação de mercado em detrimento da igualdade e de justiça social. Na busca ilimitada da reprodução do capital e sua acumulação concentrada no modelo capitalista, o possível, para Demo (1998) é, no máximo, tornar esse movimento civilizatório.

Ao final dos 30 anos gloriosos do modelo (entre 1940 e 1970), a exclusão social, ou seja, grupos de pessoas que o Estado Protetor não contemplava, o que parecia ser residual aos países periféricos ganha contornos alarmantes também nos países do centro. A proposta de um novo Estado Protetor como se buscou na França e na Alemanha, tornou-se inviável mediante o contexto de nova reestruturação do capitalismo denominado globalização da economia. Dentre os dificultadores para uma implantação de um novo Estado Protetor nos países centrais, a partir dos anos de 1980, Demo (1998) destaca: diminuição dos recursos públicos; supressão de empregos frente aos processos contemporâneos de produção que reduzem significativamente o uso de mão de obra em razão do uso de trabalho mais intelectual, somado aos processos de automação e informatização geradoras de desemprego estrutural.

A crise do Estado Bem Estar Social dos países centrais e os desafios sociais em escala globalizada, decorrentes de um processo capitalista que acumula capital na proporção inversa da geração de emprego e renda, agudiza os problemas nos países em desenvolvimento que buscaram aplicar esse modelo de governo. O contexto sócio-histórico de crise do Estado do Bem Estar evidencia a contradição inerente à organização político-econômica do capitalismo e do empreendimento do Estado do Bem Estar: “[...] *o declínio do Estado Bem Estar social, que não alcançou colocar o mercado a serviço da cidadania e nunca incorporou o terceiro mundo.*” (Demo, 1998, p. 101).

Quando se coloca a cidadania como um referencial para se superar tanto o assistencialismo do Estado Protetor com seus programas ‘excessivamente assistenciais’, quanto a exclusão social decorrente de Estado que adota políticas neoliberais, torna-se necessário implementar outros arranjos entre mercado e assistência, considerando-os, impreterivelmente, como instrumentos e não como fins em si mesmos.

A ressalva feita por Demo (1998) e Demo e Pires (2006), sinaliza a complexa relação entre políticas econômica e social para países em desenvolvimento, tidos como periféricos às decisões na atual economia globalizada. Entretanto, nos anos de 1980, a transição do regime ditatorial para o democrático, no Brasil, teve no movimento político pela saúde, a exemplo da Reforma Sanitária, um ator social de peso ao negociar e deliberar sobre a saúde como um direito social e universal. O que está assegurado na nova Carta Magna de 1988, e na Lei que apresenta o SUS, a Lei nº 8.080, de 1990. Foi, portanto, um momento histórico de decisões políticas, tomadas em meio a múltiplas determinações e contradições, quando se engendrou no Brasil uma busca por um Estado de Bem Estar Social, ainda que com precariedades e desigualdades acirradas à época da ditadura militar.

A situação contemporânea confirma a consolidação do modelo democrático do Estado Brasileiro nas três esferas de governo. Os direitos assegurados em Lei, em especial na Constituição Federativa Brasileira de 1988 e na Lei nº 8.080/ Lei Orgânica de Saúde-promulga o SUS, de 1990, apresentam formalmente a saúde enquanto um direito social fundamental e universal. Todavia, pela própria dinâmica da vida cotidiana e os rearranjos sociais com novas necessidades, colocam a premência da transposição do estatuto constitucional, já previsto em Leis, para o direito em exercício.

A (re)apropriação pelos atores sociais dos respectivos direitos resguardados nas Leis, exige processo político contínuo, de construção e reformas a serem continuamente empreendidas por sujeitos políticos. A via para tal dinâmica social é a participação civil nos fóruns públicos, a participação dos atores sociais. Como assinala Fleury (2006; 2008; 2009) o processo das políticas sociais depende de pessoas partícipes para se problematizar o centro de poder e de decisões, dinamizando a relação entre o instituído e formalizado em Leis e Portarias e o instituinte, que é da ordem dos fatores presentes nas relações que desencadeiam e sustentam as proposições. Segundo a mencionada autora: *“Isto remete, uma vez mais, à existência de um processo permanente de reforma, tendo em vista alcançar uma relação de forças que assegure a mudança na distribuição do poder, o que implica a permanente construção de sujeitos políticos, ou subjetivação* (Fleury, 2009, p.744).

A participação civil em movimentos políticos tem exemplos emblemáticos no Brasil em diferentes setores. Contudo, a participação efetiva e geral do cidadão no processo permanente da (re)construção das políticas públicas e sociais, ainda há de se desenvolver, como afirmam estudiosos sobre essa temática (Fleury, 2006; 2009. Chon, 1994; 2007).

Um dos sujeitos políticos protagonista nessa arena é o trabalhador da saúde, visto como cidadão de direitos relativos à saúde e, também, como agente operador da construção

cotidiana de processos de trabalho em saúde- acolhimento, vinculação, responsabilização, humanização, trabalho em equipe, cumprimento de metas-, como por exemplo a prescrição de metas quanto ao atendimentos/dia/semana de trabalho, dentre outras atividades e atribuições que concretizarão, ou não, as diretrizes propostas nas políticas e programas de saúde.

Consideramos, portanto, que o Estado do Bem Estar Social preconizou direitos sociais para a população civil, incluindo aí a saúde como um direito social universal, ainda que de modo precário e com muitas contradições, mas também com práticas exitosas em certos programas e ações de saúde do SUS. Todavia, para além das crises que perpassam as decisões políticas em que resvalam as políticas sociais, estas somente se atualizarão, na proporção direta da participação, da apropriação crítica dos cidadãos enquanto atores sociais. (Fleury, 2009; Cohn, 2007).

Uma das propostas do Estado de Bem Estar Social é viabilizar, dentre as políticas sociais, as da saúde. Observe-se que, nesse contexto, mesmo com as particularidades do contexto sócio-histórico brasileiro, investimentos foram feitos.

De todo o exposto até aqui, pode-se apresentar o seguinte questionamento: a partir de nossas especificidades, como este modelo político de Estado Social se organizou no Brasil?

2.1.3 Saúde como direito social no Brasil

Na conjuntura brasileira em que, historicamente, há concentração de renda com elevada desigualdade social, os arranjos políticos serão determinantes da relação entre políticas sociais com participação e exercício de cidadania. As políticas sociais são propostas para viabilizar mais justiça social, mas, em razão das contradições postas pela organização social capitalista, a participação e o controle social não são apropriados pela maioria da população que vive em condições precárias. Esse quadro, por consequência, como um ciclo vicioso reafirma a desigualdade social com precarização das condições de vida e, por conseguinte, reafirma a desmobilização da participação civil. O Brasil está entre os países de maior concentração de renda, isto é, somos um país que tem uma das piores distribuições de renda no mundo. Segundo Cohn (2007, p. 237) há um terço da população brasileira em condições de pobreza, portanto os desafios quanto à apropriação e mesmo superação das políticas sociais é de peso.

Como dito em um momento anterior deste texto, as políticas sociais, incluindo as da saúde, são frutos de processos decisórios decorrentes da participação civil em fóruns políticos, campo de disputas de poder e de acesso aos recursos destinados a concretizar, através dos respectivos investimentos em programas e ações promulgados em Leis e Portarias, as intenções representativas de diferentes grupos. Os movimentos políticos que se inserem na complexa dinâmica do exercício de poder e de influência, viabilizam representatividade das respectivas necessidades e interesses nas políticas públicas, acarretando maior acesso ao poder de decisão em processos subsequentes.

A cidadania se concretiza nesse movimento dialético: ser influenciado e também poder influenciar nos rumos da história de vida e da história coletiva. Entretanto, sob as contingências de uma organização social com alto índice de concentração de renda e de poder, abrem-se vulnerabilidades para a dinâmica da participação e elaboração das políticas sociais.

Nas contradições da sociedade capitalista estruturada pela divisão de classes sociais e concentração de renda, existem, também, potencialidades da sociedade democrática, propiciadas pela via da participação civil em pleito decisório. O papel regulador do Estado democrático faz-se imprescindível para viabilizar legitimamente os direitos sociais. Ainda em Cohn (2007: 246), reiteramos a consideração:

Mas atenção: não se trata de substituir o Estado pela sociedade, ou pelo mercado. Ao contrário [...], **é o Estado a única instância da sociedade** que detém os instrumentos legítimos e competentes para redistribuir de forma efetiva as riquezas socialmente produzidas, **dentre elas ‘a atenção à saúde** como um direito de todos e um dever do Estado’. (Grifos nossos).

Nos estudos sobre a análise histórica das políticas sociais no Brasil, constata-se que não chegamos a instalar nem uma sociedade capitalista avançada e nem um Estado de Bem Estar Social completo (Demo & Pires, 2006). O que fica explicitado nas políticas sociais e nos programas de atenção em saúde, entre os anos de 1930 e 1964, início do período da ditadura militar no Brasil, ora caracterizado nos moldes assistenciais, ora canalizado somente para aqueles que pagavam parcialmente pelos serviços. Sob características autoritárias e tecnocráticas da ditadura militar instalada a partir de 1964, delineou-se o sistema de proteção social no Brasil, resguardadas as especificidades, o qual vigorou até a reconstrução do regime democrático no final dos anos de 1980. (Cohn, 2007).

O sistema de proteção social vigente durante o período da ditadura militar foi marcado pela centralização, pela tecnocracia retirando a participação dos trabalhadores; pelo

aumento da cobertura para trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas; pela criação de fundos e contribuições dos profissionais; privatização dos serviços sociais (Fleury, 2009, p.745-746). As políticas sociais tiveram pelo caráter centralizador e autoritário, um desenvolvimento assistencialista, regulamentando a cidadania invertida, isto é, esse modelo alimentou uma relação de dependência, contrário à autonomia da participação crítica da população. A cidadania ampliada por meio das políticas sociais somente será construída a partir da promulgação dos direitos universais, dentre eles o direito à saúde, com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, no processo de redemocratização.

Após o período de vinte anos em que o Brasil viveu sob regime da ditadura do governo militar (1964 e 1984), em 1985 elegeu-se um presidente civil. O Estado democrático e de direito retomou acento nas instituições representativas e deliberativas da nação brasileira, através de um processo complexo marcado por avanços e retrocessos históricos, que influenciaram os conflitos das decisões políticas que direcionariam os modelos de governo e respectivos programas e serviços sociais para a população Brasileira. Paralelamente, contemporâneo ao processo de redemocratização brasileira, os países desenvolvidos do centro das decisões mundiais, passavam pelo processo de neoliberalismo, marcado por privatizações e redução da participação estatal nas políticas sociais, movimento iniciado nas décadas de 80 e 90, adentrando nos anos de 2000.

No aludido processo de redemocratização brasileira dentre os avanços alcançados, destacam-se os relativos à universalização dos direitos sociais que se deu, como ressaltado ao longo deste texto, com a promulgação da Carta Magna de 1988.

A Constituição apresenta no seu Capítulo II, intitulado “Dos Direitos Sociais”, especificamente em seu art. 6º, a seguinte afirmação: *“são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a atenção aos desamparados, na forma desta constituição.”* A saúde, então, é considerada como um direito social e universal ao se ter decretado na Lei hegemônica que todo cidadão brasileiro tem direito a saúde, sendo dever do Estado viabilizar as condições para a promoção e recuperação da saúde. Vê-se, portanto, uma síntese histórica, nada desprezível, dos esforços e trabalhos empreendidos pelos atores sociais do Movimento da Reforma Sanitária (MRS).

O movimento político composto por pessoas envolvidas com a saúde, que se torna determinante para a formulação da nova legislação e institucionalização da saúde pública no Brasil, é o MRS. Como apresentado em outros momentos deste texto, esse movimento impulsionado pelo contexto da ditadura militar e pelas precárias condições de vida e de

trabalho, na transição das décadas de 70 e de 80, influenciou diretamente os pressupostos e as premissas políticas do SUS. Conforme analisa Fleury (2009), a reforma sanitária tanto abarca um campo teórico e uma prática ético-política, como também diz respeito a um processo de transformação institucional.

A visão de Estado que fundamenta o estabelecimento do Movimento da Reforma Sanitária pela saúde pública é de um campo estratégico de lutas políticas que se dão no seu interior, ou seja, a relação de forças entre as diferentes classes, que expressam por períodos históricos os interesses de determinados grupos hegemônicos. Já a base teórica de referência da Reforma Sanitária se fundamenta na noção de crise- do conhecimento médico, do sistema de atenção à saúde, do autoritarismo e do Estado sanitário da população Brasileira. Esta sustentação do MRS inaugurou um novo campo na saúde pública do Brasil:

[...] como campo do saber e espaço da prática social, foi demarcada pela construção de uma problemática teórica, fundada nas relações de determinação da saúde pela estrutura social, tendo como conceito articulador entre teoria e prática social, a organização da prática, capaz de orientar a análise conjuntural e a definição das estratégias setoriais de luta. (Fleury, 2009 p.747).

Do exposto, é possível reconhecer a saúde como multideterminada e o Estado como uma configuração complexa e dinâmica de disputas políticas que se dão no interior do aparato institucional do governo- grupos e instituições compuseram eixos organizativos da reforma sanitária brasileira. Por conseguinte, segundo Fleury (2006b e 2009), esse movimento social e político coloca a democracia e a saúde como fatores operadores das mudanças necessárias à época, após vinte anos de ditadura militar no País, que estão representados de certa forma pelas diretrizes do SUS.

Segundo Junqueira (2001), podemos apontar como sendo fundamentais os seguintes princípios constituintes do SUS: a descentralização por meio da municipalização; a regionalização com hierarquização da atenção; o controle público. Por outro lado, os serviços do SUS devem traduzir, na prática da atenção à saúde, todos estes princípios: Universalidade - todo cidadão tem direito à saúde; Integralidade - direito a qualquer nível de atenção à saúde; Equidade - acesso igual a todos os serviços de saúde pública, frente às necessidades específicas.

A Constituição de 1988, envolta em um contexto de democratização, teve como pressupostos o direito social como fundamento político: a concepção da seguridade social como forma abrangente da proteção social; e, no plano organizacional, a descentralização e a participação social como diretriz. Para Chon (1994), o contexto político de redemocratização,

os princípios de universalidade e redistribuição nortearam as políticas sociais. Antes da Constituição de 1988, quem tinha direito à atenção em saúde pública eram somente aqueles que contribuíam mensalmente para o INPS- Instituto Nacional de Previdência Social. Após a Constituição de 1988 é que o acesso à saúde pública tornou-se irrestrito a todos os cidadãos brasileiros.

Pode-se, então, fazer o seguinte questionamento: a partir dessa mudança de paradigma, universalizaram-se os direitos sociais? A resposta é que não há uma transposição automática da Lei para a prática da vida cotidiana e os efeitos das políticas públicas, por vezes são diferentes dos objetivos pretendidos. Veja-se, nesse contexto, o caso da saúde, que na Constituição, Art. 196, seção II, é definida enquanto direito social de todos e dever do Estado: *“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”* Constrói-se, então, um campo de alta complexidade em que a efetivação dos pressupostos da Lei é perpassada por interesses divergentes que entram na arena política de disputas para influenciar as decisões sobre alocação de recursos *versus* prioridades *versus* representação de interesses, como apresentado anteriormente.

Entretanto, em 1995, consolida-se um novo papel no governo da ocasião, que propõe e viabiliza um Estado neoliberal: ‘mais flexível e menos burocrático’; governo voltado para o controle de resultados e não mais para os procedimentos; elegendo o mercado como ‘agente regulador’. (Junqueira, 2001).

A lógica da competição, nessa conjuntura, foi transposta para as áreas sociais – incluindo aí o campo da saúde pública. O que decorre da busca pela racionalidade almejada pela reestruturação implantada no governo brasileiro dos anos 1990 é a equiparação dos serviços públicos com a eficiência, lógica do mercado privado amparada pela livre concorrência como parâmetro regulador. A lógica econômica produtivista também adentra a política pública da saúde como veremos no capítulo 5, no qual analisamos as entrevistas realizadas com equipes de saúde da Atenção Primária do SUS-Belo Horizonte.

O setor saúde pública é avaliado como aquele que resistiu, em parte, à administração privatista iniciada na década de 1990, que se orientou pelos ditames das agências internacionais em conjuntura política de neoliberalismo e de globalização econômica como ressaltado em momento anterior deste texto. Mesmo nessa conjuntura política alguns princípios estabelecidos na Constituição de 1988 se mantiveram resguardados: *“universalização, do direito à saúde, e do dever do Estado em garanti-lo.”* (Fleury, 2006, p.

6). Mesmo com divisão entre os profissionais da saúde que aderiram aos ditames liberais ou optaram pela saúde suplementar de iniciativa privada, o Movimento da Reforma Sanitária ainda vigora. Como defendido, as necessidades da população, somadas ao fato de a saúde extrapolar contornos políticos ideológicos, bem como à percepção do SUS enquanto uma ‘bandeira’ de múltiplos tons políticos tem adesão, mesmo com muita propaganda ideológica privatizante contrária ao sistema público.

Outro desafio no setor saúde no Brasil diz respeito à demanda crescente da população pelos cuidados em saúde mental junto à Atenção Primária e a busca pela articulação entre os serviços conforme preconizam os programas em vigor. (Brasil, 2003; 2006). Ou seja, após vinte anos de existência do SUS, poderíamos problematizar: que processo de articulação entre SM e SF estaria em curso?

No Brasil, o processo histórico da interface entre saúde generalista e saúde mental tem um momento político de destaque. As lutas pela abertura política nas décadas de 70 e de 80 retroalimentaram as lutas por uma saúde pública de acesso universal, a partir de movimentos políticos pela saúde para todos os cidadãos/Movimento da Reforma Sanitária e pela atenção à saúde mental fora do aparato manicomial hospitalocêntrico/Movimento Antimanicomial.

Movimentos distintos que buscaram e ainda trabalham por uma saúde com atenção voltada para a melhoria da qualidade de vida e de cidadania para a população. São lutas políticas, que objetivam a implementação do SUS e a desinstitucionalização manicomial. Tais lutas, na contemporaneidade, defendem que a consolidação e expansão do SUS tem que se encontrar na ‘porta de entrada’ do sistema de saúde, a Unidade Básica de Saúde. Entretanto, em razão de origens distintas e objetivos específicos da Reforma Sanitária e do Movimento Antimanicomial, ainda que sob circunstâncias históricas semelhantes de busca pela democracia e de cidadania, apresentam desafios significativos para os trabalhadores que atuam nas Unidades Básicas de Saúde.

O Ministério da Saúde, a partir dos anos de 1990, fomenta, sob influência direta de diferentes atores sociais, o redirecionamento da atenção à saúde mental para serviços comunitários denominados de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em uma rede de assistência sustentada pelos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, ao manicômio. Em 2004, o mencionado Ministério investe na estratégia da Saúde da Família como forma de ampliar e assegurar integralidade, universalidade e equidade na rede de assistência da Atenção Básica, como preconizados pelo SUS, com especial delimitação proposta pelas Portarias nº 648/GM, de 2006, e da Portaria nº 154/GM, de 2008, que buscam consolidar e expandir a

atenção à saúde no território de convivências do usuário, através da Política Nacional de Atenção Básica e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), respectivamente.

O documento do Ministério da Saúde referente à gestão da saúde mental no período de 2003 a 2006, período correspondente ao primeiro governo do presidente Lula, afirma sobre lacunas no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira como também atesta uma expansão dos serviços substitutivos aos leitos psiquiátricos. Um exemplo citado é relacionado ao número de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) abertos e a cobertura à população em sofrimento mental: *“Há uma grande lacuna de tratamento mas a ampliação do acesso vem se dando a cada mês, em todas as regiões do país, como mostra por exemplo, o aumento da cobertura de CAPS que passou de 21% em 2002 [eram 424 CAPS], para 53% ao final do ano de 2008 [passam para 1.326 CAPS]”*. (Brasil, 2008b, p.20. Comentários nossos). O movimento de desinstitucionalização tem prosseguido mesmo com dificuldades diversas, como no ano de 2010, quando a cobertura passa a contemplar 66% população com sofrimento mental, contando com 1.620 CAPS distribuídos nos municípios brasileiros. (Brasil, 2011).

A própria coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde reconhece que é preciso além da continuidade de criação de novos serviços substitutivos, investir na articulação com a rede de Atenção Básica, formada pelas Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde que compõem a assistência de saúde municipal territorializada através do trabalho da estratégia da Saúde da Família. Os dados que o referido documento apresenta, apontam para a necessária articulação ‘CAPS e PSF (Programa de Saúde da Família)¹⁴’, conforme citação a seguir: *“Onde há rede CAPS e boa cobertura de PSF, há melhores condições de desenvolver ações em saúde mental na Atenção Básica.”* (Brasil, 2008b, p.07).

No ano de 2006 no Estado de Minas Gerais o referido documento afirma que aproximadamente 24,15% das equipes de Saúde da Família realizavam ações em saúde mental na Atenção Básica, com apoio sistemático, ‘regulares e contínuos’, de profissionais da saúde mental. O que se soma aos 21,61% de equipes de Saúde da Família que realizavam acolhimento de pessoas em sofrimento mental, mas sem regularidade e sem apoio dos especialistas da saúde mental (Brasil, 2008b). Podemos considerar, portanto, que por volta de

¹⁴ O Programa de Saúde da Família (PSF) foi oficializado pelo Ministério da Saúde como diretriz para a rede de assistência da Atenção Básica, a partir dos anos de 1998. Entretanto, desde 2004 com a expansão dessa diretriz governamental a Saúde da Família passa a ser considerada como uma estratégia organizativa e também das práticas de atenção, conforme afirmam os estudos, a exemplo, de Ferreira Neto (2008); Giovanella et al (2008). Estamos, deste modo, adotando o termo de estratégia de saúde da família por ser mais contemplativo da proposta e dimensão das atuais políticas e programas de saúde (Brasil, 2003; 2006; 2008).

46% dos profissionais das equipes de SF alocados nos Centros de Saúde, já realizavam trabalhos com usuários da saúde mental.

Ressalta-se, nessa conjuntura política de saúde, o destaque atribuído ao território, o local de convivência do usuário, no qual a Atenção Primária é vista como a principal via de acesso do cidadão à saúde pública, através da Unidade Básica de Saúde de referência, tomando a respectiva equipe de Saúde da Família de seu território como o principal referente da assistência. Um dos desafios atuais das políticas de saúde se faz na junção das assistências via SUS, no trabalho da equipe de Saúde da Família junto à equipe de Saúde Mental em uma mesma territorialidade de referência para o usuário, conforme assinalam os documentos governamentais dos programas em vigor. (Brasil, 2006; Brasil, 2008).

Nesse sentido, como afirma Amarante (2008), que a proposta política dos serviços substitutivos na reforma psiquiátrica para se efetivar sua consolidação, deverá construir e manter diálogos constantes com outros pontos da rede de saúde, como também construir pontos de rede para além da atenção à saúde.

O objetivo dos CAPS é que funcionem articulados em rede, não apenas entre si, isto é, em rede inter-CAPS, mas, e fundamentalmente, em rede com outros serviços sanitários (de saúde mental e saúde em geral), e em rede com outros serviços e dispositivos não sanitários. (Amarante, 2008, p. 749).

Já no Relatório da Gestão de Saúde Mental do período correspondente ao segundo mandato do presidente Lula, entre 2007 e 2010, o Ministério da Saúde apresenta dados sobre os investimentos financeiros no novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil: *“Estima-se no ano de 2010 o valor de 1 bilhão e seiscentos e cinqüenta milhões de reais, dos quais 1 bilhão e cem milhões (cerca de 60%) foram para os serviços substitutivos, extra-hospitalares.”* (Brasil, 2011, p. 15, grifos nossos).

Percebemos, portanto, que nesse período, os investimentos continuaram voltados para os serviços substitutivos, conforme citação a seguir: *“Os investimentos de fato são indutores do novo modelo: enquanto o investimento extra-hospitalar cresceu cerca de 269%, o investimento hospitalar cresceu cerca de 40%”*. (Brasil, 2011, p. 14). Ressalta-se que a população brasileira também aumentou totalizando 190 milhões de cidadãos, e é nesse contexto que o quantitativo hospitalar de ‘leitos psiquiátricos’ torna-se inferior ao de serviços substitutivos, confirmando o movimento de desospitalização da reforma psiquiátrica em busca da reinserção social da população em situação de sofrimento mental em seu território de convivências.

O referido documento que avalia a gestão do governo no período de 2007 a 2010, destaca, entre outros, os avanços e desafios para a ampliação da atenção à saúde mental: “*A expansão das ações regulares de saúde mental na Atenção Básica, com a criação do NASF (em que a presença de profissionais de saúde mental tornou-se recomendação expressa da norma aplicável) e, o aprofundamento, sistematização e extensão das estratégias do matriciamento.*” (Brasil, 2011, p. 7, grifos nossos).

Focalizamos, como se pode depreender dos apontamentos até aqui realizados, o trabalho com saúde mental na Atenção Básica, em especial, no momento de trabalho compartilhado entre profissionais das equipes que atuam em uma mesma microrregião da Prefeitura de Belo Horizonte- equipe de Saúde da Família e equipe de Saúde Mental. Portanto, consideramos que as políticas de saúde no Brasil em consonância com atual contexto, precisam se relacionar de maneira mais direta com uma população que tem nos Centros de Saúde de seu território, uma referência para a saúde e buscam nessa unidade resoluções também para problemas relativos ao sofrimento mental. (Brasil, 2006; 2009).

Como a assistência à saúde mental vem se organizando em relação à perspectiva até aqui apresentada é o que será tratado a seguir.

2.2 Saúde Mental na Atenção Básica: saúde para todo cidadão em seu território de convivências

A saúde mental como um campo da saúde pública também passou por mudanças, que se apoiaram na reforma psiquiátrica, buscando ampliar tanto o acesso aos serviços quanto a promoção da cidadania dos usuários, no caso os ditos doentes mentais, anormais, os loucos, as pessoas com ‘transtornos mentais’.

Pondere-se inicialmente, que as pessoas diferentes que não conseguem, por diversas razões, se incluir no sistema social e econômico em vigor foram historicamente excluídas do convívio social e asiladas em hospitais psiquiátricos, os manicômios. O processo de formulações das políticas públicas para a Saúde Mental passa necessariamente pela reforma psiquiátrica que, em seus diferentes contornos, teve e tem sustentação central no movimento político em prol da saúde mental e da cidadania das pessoas em situação de sofrimento mental.

O campo da Saúde Mental se faz como campo político e também de conhecimentos e práticas. Além disso, vem sendo redesenhado desde a transição das décadas de 1970/1980,

quando, no Brasil, se iniciou o movimento de reforma psiquiátrica na perspectiva do movimento antimanicomial- Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que é o nosso foco de análise.

Paulo Amarante, um dos teóricos de referência e partícipe desse movimento, considera que, para além das polissemias dos termos, há de se reconhecer que o movimento pela saúde mental, tem como princípio básico a ruptura com o modelo de ciência moderna/positivista, isto é: “*Colocar a doença mental entre parênteses, como forma de inverter a tradição psiquiátrica, que é colocar o homem entre parênteses, para se ocupar da doença.*” (Amarante, 1999:48).

Para o autor e atuante no MLA, o movimento tem como objetivo, além de promover a humanização das relações entre o sujeito, a sociedade e as instituições, construir “*Um outro lugar social para a loucura, para a diferença, a diversidade, a divergência.*” (Amarante, 1999, p. 49). Essa proposta, como se pode depreender, foi ao encontro do contexto político de redemocratização no Brasil, ao se buscar a atenção à saúde como um direito social universal, uma via para a cidadania ampliada consolidando, por consequência, a democracia. Trata-se, como se sabe, de postulados desenvolvidos pela reforma sanitária apresentados na Constituição Federativa de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990.

Quando, nesse contexto, o MLA destaca a construção de um lugar para a divergência, de um outro lugar social para a loucura, entramos na arena política, pois como apresentado na primeira parte deste capítulo, a política tem relação direta com os embates sobre decisões relativas ao espaço público- espaço de convivências- e aos serviços públicos, decisões que geralmente são perpassadas por interesses divergentes.

A confluência dos movimentos políticos e sociais em prol da democracia e saúde para todos, a partir dos anos de 1970/80 pode ser evidenciada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986. No ano seguinte, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, entre 25 e 28 de junho de 1987, contando com participação aproximada de 1.500 participantes, na cidade de Rio de Janeiro, marcando uma institucionalização e certa constitucionalização do movimento antimanicomial, nos moldes participativos e democráticos:

Inicialmente a exemplo da 8ª CNS foi o primeiro evento de caráter público e de âmbito nacional a reunir em uma mesma arena, os vários atores sociais envolvidos no campo da saúde mental, de pacientes (que a partir da Oitava, foram denominados de usuários), familiares e membros dos mais variados movimentos sociais a técnicos, dirigentes e políticos. (Amarante, 2008, p. 741).

Com a descentralização da gestão da saúde proposta pelo SUS, alguns municípios iniciaram a reorganização da atenção à saúde mental. São exemplares os casos de Santos e de São Paulo, como cidades que implementaram os primeiros serviços substitutivos ao modelo hospitalar psiquiátrico. Nesse cenário, foi baixada a Portaria do Ministério de Saúde, nº 224/GM de 1992, que estabelece e regulamenta os novos procedimentos em atenção psiquiátrica e atenção psicossocial, apresentando o CAPS- Centro de Atenção Psicossocial, como serviço substitutivo à lógica asilar de exclusão hospitalar psiquiátrica.

Em 1993, cria-se o primeiro CERSAM- Centro de Referência em Saúde Mental, equivalente ao CAPS, no município de Belo Horizonte¹⁵, cidade na qual realizamos nossa pesquisa, que adota esta terminologia para os serviços substitutivos à rede hospitalar psiquiátrica que era significativa no mencionado município, nessa ocasião.

Os serviços substitutivos de atendimento à saúde mental são desenhados e implementados, resguardadas as diferenças e particularidades de cada região e gestão municipal, em diferentes municípios do Brasil ao longo dos anos de 1990. Nesta primeira década de 2000 a implementação tem continuidade. A rede especializada em atenção à saúde mental, que mantém os serviços substitutivos, é composta por: CAPS (CERSAMs em Belo Horizonte); Centros de Convivência; Ambulatórios; Hospital-dia; Enfermarias em hospital geral; Residências Terapêuticas.

Mais recentemente, as associações da rede especializada, Atenção Secundária, em Saúde Mental se ampliaram para a rede de Atenção Básica sob a orientação da Portaria GM/336, de 2002, que formaliza os CAPS e a diretriz de intersetorialidade. Ou seja, a rede especializada em Saúde Mental deverá buscar interfaces com os demais serviços de saúde e com a própria comunidade circunscrita à unidade, como também integrar-se a outras instâncias públicas de modo a viabilizar a atenção integral ao usuário em seu território.

Nessa conjuntura política a rede especializada em SM deverá integrar-se com a rede de assistência de nível Primário, como proposto pela atual Portaria que apresenta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a qual inclui o especialista em Saúde Mental na equipe de

¹⁵ Dentre as razões da escolha pelo município de Belo Horizonte, para nosso estudo, apresentadas anteriormente, destacamos o movimento político favorável à reforma psiquiátrica com implementação e continuidades significativas nos programas e ações substitutivas à lógica manicomial. Inclusive a cidade de Belo Horizonte tinha um aparato manicomial considerável à época do movimento antimanicomial (Souza, 2008).

Mais recentemente o governo municipal, a partir de 2002, formalizou a organização da rede de assistência na Atenção Primária já contando com a composição das equipes de Saúde da Família e Saúde Mental alocadas nos Centros de Saúde desde 1996 (Ferreira Neto, 2008).

Daí termos escolhido realizar nossa pesquisa de campo nessa cidade, pelo potencial de experiências e desafios enfrentados pelos trabalhadores do SUS-BH, com avanços e recuos e também expansão e consolidação da rede de assistência.

apoio aos generalistas da SF. Estas diretrizes têm se dirigido para Atenção Básica, nesse caso, com o foco voltado para a busca de integração e expansão do trabalho dos profissionais generalistas da Saúde da Família alocados nas UBS. Trata-se, portanto, de estratégia que visa a potencializar o atendimento à pessoa em sofrimento mental em seu próprio local de moradia ou no serviço municipal de referência da sua região, a UBS, o que segundo Amarante e Lancetti (2007, p. 630), revigora os princípios da luta antimanicomial.

Scarcelli (1998) retoma o trabalho de Amarante, ao historicizar o processo da reforma psiquiátrica em relação à trajetória sanitarista, propondo três fases que se interpõem no mencionado processo, a partir da década de 1970: trajetória alternativa, fase inaugural que acontece no final do período do milagre econômico e abertura política; trajetória sanitarista quando parte significativa dos militantes da reforma é inserida no aparelho do Estado, institucionalizando movimentos pela reforma com grande participação dos trabalhadores da Saúde Mental; trajetória desinstitucionalização, que se inicia com o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru/SP, em 1987: *“Da organização dos trabalhadores em Saúde Mental, juntamente com outras frentes, nasce o movimento da luta antimanicomial – MLA no Brasil, que vai ampliar os princípios e as formas de participação buscando uma articulação com movimentos democráticos populares.”* (Scarcelli, 1998:23).

Nota-se, como mencionado em outros momentos deste texto, que o movimento antimanicomial é construído no contexto de redemocratização. No cenário político buscam-se a descentralização e participação popular junto aos serviços de saúde pública como forma de legitimar o Estado Democrático e de Direito. Entretanto, os dois movimentos pela saúde-reforma sanitária que culminou na proposição do SUS e reforma psiquiátrica que com a Lei 10.216, de 2001, oficializa a ‘desinstitucionalização da loucura’ (Tenório, 2002), não tiveram nesse primórdio interlocuções quanto a implementação dos respectivos programas e serviços.

Já na atualidade, quando a Portaria nº 648/GM, de 2006, coloca a Atenção Básica e a organização do trabalho através das equipes de Saúde da Família como estratégia para os municípios expandirem a rede de assistência SUS sinaliza-se necessidades de articulação para atender as diferentes demandas do território. Em 2008, a Portaria nº 154/GM, do NASF, oficializa através do matriciamento, a articulação entre profissionais da saúde mental atuando junto aos profissionais da Saúde da Família, mas, em razão de os movimentos pela saúde pública e pela saúde mental não terem estabelecido interfaces desde o nascedouro, a atual proposta de articulação não acontece com a fluidez e resolutividade almejadas pelas

regulamentações, como veremos mais à frente no capítulo destinado à análise das entrevistas realizadas.

Amarante e Lancetti (2007, p. 628) apresentam números significativos que revelam a força do movimento antimanicomial, mesmo com as contradições e restrições postas pelas políticas econômicas de cunho neoliberal: “[...] o certo é que a reforma psiquiátrica avançou significativamente no Brasil: em 1989 havia treze NAPS e CAPS e oitenta mil leitos. Hoje temos 820 CAPS e NAPS e 45 mil leitos psiquiátricos”. Assim como ocorreu certa resistência às diretrizes neoliberais no Movimento da Reforma Sanitária, pode-se afirmar que o Movimento da Luta Antimanicomial também vem se posicionando ao buscar novas estratégias para permanência da reforma psiquiátrica via desinstitucionalização da pessoa tida como louca.

Scarcelli (1998) elenca três grandes objetivos do movimento antimanicomial, que são elucidativos para a compreensão da resistência quanto à reforma psiquiátrica brasileira, mesmo na conjuntura política e econômica de redução do Estado a favor da ampliação da participação do mercado de livre concorrência. São os objetivos: extinção progressiva dos manicômios e criação de uma rede substitutiva aos hospitais; criação de uma nova cultura que supere a visão de naturalidade das relações de desigualdades; criação de nova legislação psiquiátrica que regule os direitos do doente psíquico.

A autora, então, analisa o Movimento da Luta Antimanicomial não como um movimento monolítico, pois em sua dinâmica e complexidade aparecem contradições relativas à permanência da cultura hospitalar no interior dos serviços substitutivos, mantendo o usuário dependente do serviço mesmo sendo este um espaço aberto, como ainda aponta para a presença de uma lógica terapêutica centrada no saber técnico do modelo clínico.

Entretanto, cabe aqui um questionamento: será que essas contradições foram superadas com os anos de MLA e de práticas do coletivo de trabalhadores inseridos nos serviços substitutivos, e mais recentemente tendo de se haver com atenção em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde?

Na cidade de Belo Horizonte, especificamente na atenção à saúde mental na Atenção Primária, essa problematização será atualizada, pois, retomando Amarante (2008, p.752), atenção à saúde mental desenvolvida pela equipe de Saúde da Família, atualmente, é o grande operador da reforma psiquiátrica, que se confirma na interface Atenção Básica com a Saúde Mental, concretizando dessa forma a desinstitucionalização hospitalocêntrica.

Partimos do pressuposto que a estratégia da Saúde da Família pode potencializar as propostas do movimento antimanicomial a continuar com seu trabalho extra-muros, fora dos

hospitais psiquiátricos, isto é, o trabalho deverá acontecer no território de convivências cotidianas, na casa do usuário e em sua comunidade. O processo de trabalho da equipe da Saúde Mental e da Saúde da Família, dessa forma, passa a ser idealizado, na atual política do SUS, para acontecer junto ao espaço público das relações sociais- territórios da vida cotidiana.

O trabalho das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família- almejado pelas atuais políticas do SUS volta-se para o espaço público das relações sociais, os territórios da vida cotidiana. Portanto, na atual conjuntura política, que se soma às necessidades sociais, com destaque para os índices preocupantes quanto à saúde mental e uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, temos uma fundamental premência: articular as duas políticas com respectivos programas e ações, que se desenvolveram separadamente no Brasil, em seus primórdios.

No que tange ao nosso tema de investigação, destacamos do documento da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde a avaliação quanto à rede de assistência no período do governo Lula, em seu primeiro mandato, entre 2003 e 2006. Verificou-se um início com investimento em ‘supervisões clínicas institucionais’, vistas como uma possível frente de enfrentamento às demandas complexas e crescentes que se apresentavam para o trabalho das equipes na ‘porta de entrada’ do sistema de saúde, os Centros de Saúde. Tais investimentos se concretizaram em estratégias para articular os trabalhos dos especialistas da Saúde Mental com os profissionais generalistas da Saúde da Família.

Caso essa nova estratégia, o apoio matricial, esteja realmente viabilizando a continuidade do movimento antimanicomial, os trabalhadores ao concretizarem as atuais diretrizes políticas de saúde mental no SUS através do enlace com a Atenção Básica, estariam se confrontando com situações adversas de trabalho? O que os documentos oficiais, Leis e Portarias do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, colocam de regulamentação para o trabalho com saúde mental na Atenção Primária? Algumas das questões que balizaram a análise documental realizada, tendo em vista a contextualização do trabalho com saúde mental realizado por profissionais da saúde mental e Saúde da Família.

Um momento histórico complexo que, ao mesmo tempo trata de uma diretriz do movimento antimanicomial que busca a desinstitucionalização, é também uma estratégia que busca expandir o SUS através das Unidades Básicas de Saúde pelos territórios dos municípios brasileiros. Investimento político que coloca regulamentações para o trabalho daqueles que se encontram diante da atribuição: acolher todo usuário que busca o Centro de Saúde, inclusive as pessoas em situação de sofrimento mental. A configuração que se descortina dessa atual conjuntura política é o que será abordado no capítulo 3, no qual realizamos uma leitura

crítica de documentos oficiais das políticas em questão. Logo a seguir, no próximo capítulo, apresentaremos a metodologia que orientou o percurso de elaboração da presente tese.

3 - PERCURSO DE APROXIMAÇÃO: TRABALHO E SUBJETIVIDADE EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

A escolha do método de trabalho sustenta a construção de determinado conhecimento por representar a visão que se tem de mundo e de sujeito humano. Escolher uma determinada perspectiva para compreender uma realidade como um processo em contradições e historicidade, é uma decisão, além de científica, também política. Concordamos com Demo (2009), quando afirma que a ciência é um projeto político e que o cientista sempre escolhe ao construir o conhecimento. Para esse autor o pesquisador é um ator engajado, ainda que seja no desengajamento político da ciência positivista ao naturalizar a história e vida humana. Assumimos nossa escolha metodológica tendo uma referência na dialética, compartilhando da tese do aludido autor: a escolha metodológica como uma decisão política que revela certo olhar e um determinado agir sobre o mundo. Vejamos nas palavras de Demo (2009, p. 117), como a dialética enquanto uma perspectiva de compreensão e análise inclui a dinâmica do processo investigativo e do fenômeno em estudo: “Aquilo que a ciência natural tende a conceber como ‘perturbação’ da normalidade real (a presença da subjetividade, a influência política, o espaço de opções e decisões, etc.), é tomado pela dialética como sinal de vida.”

Concordamos também com Minayo (1999) em sua síntese sobre referências teórico-metodológicas nas ciências sociais, ao afirmar que não existe ‘A’ ciência geral capaz de apreender a realidade e responder integralmente as questões de investigação. O que é possível e, acrescentaríamos o que é necessário, é a escolha por referenciais sabendo de antemão que a produção de conhecimento sempre será parcial e transitória, até porque os próprios esquemas teóricos têm desenvolvimentos diferenciados, conforme afirma a pesquisadora: “*Há práticas científicas diferenciadas, desigualmente desenvolvidas e que tem como substratos ‘visões sociais de mundo’ teoricamente diversas.*” (Minayo, 1999, p. 86).

Estamos assim, nos apoiando nos pressupostos apresentados por Demo (1985, p. 85-98) acerca da dialética: uma visão de mundo e uma lógica de apreensão da realidade que considera a contradição e o conflito sobre o consenso; que apreende o fenômeno da transição, da mudança sobre a estabilidade, isto é, a história e a realidade social em permanente

construção; que inclui na análise a unidade de contrários como estratégia de aproximação mais totalizante possível do fenômeno em estudo.

A saúde, tema fundamental neste trabalho, está sendo considerada como um fenômeno complexo de uma realidade sócio-histórica, determinante e também resultante da ação humana, tendo a ação de trabalho uma função de destaque nessa interação. Uma realidade perpassada por conflitos e contradições e, em permanente movimento, haja vista a produção contínua de Leis e Portarias que buscam regulamentar programas e ações. A saúde no Brasil é um direito social universal, processo de luta e conquista social, assegurado na Lei suprema do país, para todo cidadão brasileiro e, deste modo concordamos com a afirmação de Minayo (1999, p. 249) sobre a saúde ser um fenômeno eminentemente sócio-histórico, perpassado por embates políticos e condições sociais, tratando-se, por consequência, a produção de conhecimento em saúde além de aproximativo, sempre provisório: “*A produção de conhecimento em saúde é de uma realidade sócio-histórica, portanto, parcial, provisório e aproximativo*”.

Ainda com Minayo (1999, p.250), destacamos a relação complementar, uma unidade de contrários, também perpassada pela relação entre o pesquisador e o objeto de estudo: “*O pesquisador das questões de saúde não está fora da realidade que pesquisa*”. Há, então, uma polaridade complementar entre o cientista e o seu objeto, de tal forma que as suas formulações objetivas correspondem ao mesmo tempo o seu processo investigativo e suas elaborações subjetivas, o que ganha extensão quando se trata do complexo e intenso trabalho como é o acolhimento de pessoas com demandas de saúde mental, como o que configurou nosso contexto de análise.

Em relação à saúde como política, como fenômeno social, como setor de serviços, como demonstrado até aqui e como será possível verificar mais a frente, ao reconhecê-la como um processo de determinada realidade social, devemos reconhecer, por conseguinte, que não é apreendida como um ‘dado’, pois, além da dinamicidade histórica do campo da saúde, consideramos a realidade como um complexo dinâmico, com contradições inapreensíveis em sua totalidade, colocando limites e desafios para a produção de conhecimentos em saúde. Minayo (1999) afirma que não existe uma única ciência capaz de apreender a complexidade e dinâmica do ‘objeto saúde’, restando ao pesquisador escolher pressupostos teóricos que mais o aproximem da realidade social em pesquisa:

[...] que a realidade aí encontrada como todo o social é infinitamente mais rica, mais dinâmica, mais complexa do qualquer discurso científico sobre ela [a saúde]; e que a ciência que a aborda não a captura, ela apenas indica a direção e a organização intelectual segundo a qual se pode ter maior certeza da aproximação do real. (Minayo, 1999, p. 249-250, comentário nosso).

Vimos, pois, que ter a saúde como tema de estudo a partir da perspectiva aqui proposta, implica reconhecer a historicidade, as contradições e a relação dialética que se estabelecem também entre pesquisador e a realidade a que se propôs a pesquisar.

Mas antes de prosseguir, cabe lembrar que dentro dessa perspectiva apresentada inicialmente, nosso trabalho se insere no campo de saúde com especial interesse no campo de práticas, nas relações que se estabelecem no cotidiano do trabalho. Nesse contexto cheio de contradições, do campo de saúde, uma forma de se aproximar dos problemas é pela via do discurso oficial e do discurso dos trabalhadores, desta feita considerando os nossos propósitos, focalizamos documentos que tratam da saúde mental na Atenção Primária a fim de apreendermos o contexto histórico e as prescrições, e os relatos sobre as práticas aí desenvolvidas. O que será justificado a seguir.

3.1 Justificativa do Tema de Pesquisa

Dentre os vários aspectos que caracterizam a atual conjuntura sócio-histórica, quando nos propomos analisar o campo da saúde, nos atemos à proposta de uma organização da rede de Atenção Básica do SUS, que privilegia a rede de assistência formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). (Brasil, 2003; 2006).

As políticas de saúde, quando enfatizam o modelo de assistência voltado para a Atenção Básica, como referência para os serviços do SUS, intencionam viabilizar uma atenção universal, integrada e de equidade, conforme determinação da Lei Orgânica de Saúde, tida como a Lei do SUS, Lei nº 8.080, de 1990. Normas postas em Leis e Portarias de saúde dentre as quais na atualidade se destaca a atenção à saúde territorializada, que deverá ser realizada pelos trabalhadores das equipes da Saúde da Família e da Saúde Mental, alocados na Unidade Básica de Saúde (UBS). Orientação política e programática iniciada desde a transição dos anos 1990/2000, com significativa expressividade na Portaria nº 648/GM- Política Nacional de Atenção Básica, de 28 de março de 2006. Portaria que coloca a necessidade de confluência das assistências do SUS- a Atenção Primária e a saúde mental na UBS para todos os municípios brasileiros.

O Movimento Antimanicomial, que luta pelos direitos cidadãos das pessoas tidas como ‘loucas’, ‘doentes mentais’, tem como uma de suas premissas básicas, a (re)inserção social da pessoa em sofrimento mental, focalizando a atenção em seu território de referência, como uma das principais diretrizes para programas e ações em saúde mental, conforme previsto na Lei nº 10.216, de 2001, tida como lei da SM.

Nessa conjuntura política de saúde constata-se uma ênfase na assistência local, voltada para o território de referências do usuário. Território aqui entendido para além das delimitações geográficas, como um campo de relações políticas, econômicas, culturais, ideológicas, um campo de coexistências sociais e afetivas, perpassado por conflitos e também laços de solidariedade. (Brasil, 2006; 2009. Campos, 1999; 2007; Lancetti, 2008).

No âmbito dessa organização de trabalho, pretende-se incluir nas práticas de acolhimento na UBS também a população que tenha demandas de saúde mental. Ou seja, é preconizado aos trabalhadores dos Centros de Saúde/UBS¹⁶, que eles deverão se responsabilizar por todo cidadão que apresente demanda por saúde, incluindo aí os pacientes ‘portadores de transtornos mentais’ para que se consolide sua ‘reinserção social’, sendo este um dos principais objetivos da reforma psiquiátrica (Brasil, 2001).

No documento elaborado pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que aborda sobre saúde mental e Atenção Básica (Brasil, 2003), seus autores afirmam que sempre há um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e, que, desta maneira torna-se imprescindível a articulação do trabalho entre saúde mental e Atenção Básica: *“Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.”* (Brasil, 2003, p. 4). Para tal, as ações em saúde mental na Atenção Primária devem ser assumidas pelas equipes que aí trabalham: os profissionais generalistas das Equipes da Saúde da Família- médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários de saúde (ACS) e, os profissionais das Equipes de Saúde Mental- psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, alocados na UBS.

Encontramos uma afirmativa relevante sobre parte do trabalho dos profissionais da Saúde da Família se voltar significativamente para a população em sofrimento: *“A realidade das equipes da Atenção Básica demonstra que cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental: 56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar alguma ação de saúde mental em sua rotina diária.”* (Brasil, 2003, p. 4). Notamos, por conseguinte, a

¹⁶ Como já apresentado neste texto, reiteramos que a população e trabalhadores da saúde da cidade de Belo Horizonte, nomeiam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) também como Centro de Saúde.

relevância do tema de pesquisa sobre trabalho e subjetividade com as equipes de saúde que lidam com pessoas em situação de sofrimento mental, seja pelo fato de as atuais diretrizes políticas prescreverem o acolhimento da população que procura a Unidade Básica de Saúde, seja pelo perfil epidemiológico estabelecido, no qual se destaca um quantitativo crescente da população com demandas relativas à saúde mental. Entretanto, desde 2003, o Ministério da Saúde reconhece também que para tal frente de ações- integrar atenção à saúde mental na rede da Atenção Básica faltam recursos e capacitação o que prejudica a operacionalização dos programas e das práticas, *“já que atender as pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa.”* (Brasil, 2003, p. 7).

Frente à extensão, intensidade e complexidade que ganham proporções significativas no trabalho das equipes da Saúde Mental e da Saúde da Família, posta como estratégia organizadora da Atenção Básica, o Ministério da Saúde oficializa uma metodologia de trabalho com vistas a fornecer apoio técnico-assistencial aos profissionais generalistas da SF (Brasil, 2008). Tal apoio é denominado como matriciamento, e consiste em reuniões sistematizadas com especialistas a fim de se discutirem e compartilharem orientações com os generalistas: médicos clínicos, enfermagem, auxiliares e agente comunitário de saúde, que compõem as equipes de Saúde da Família.

Neste contexto de trabalho regulamentado por Portarias – Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) e a portaria que oficializa o Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF (Brasil, 2008), investigamos sobre o trabalho compartilhado entre especialistas da saúde mental e os generalistas da Saúde da Família. Assim, formulamos ao longo desse percurso desenvolvido na elaboração desta pesquisa questões como: a) o que os documentos sobre saúde mental e Atenção Básica prescrevem sobre o trabalho? b) o matriciamento que visa o trabalho compartilhado entre especialistas da saúde mental e os generalistas da Saúde da Família tem se viabilizado na prática dos Centros de Saúde? c) o trabalho quando compartilhado diminui as tensões e constrangimentos dos profissionais que acolhem as pessoas em situação de sofrimento mental? d) quais relações entre trabalho e subjetividade na prática dos profissionais da Saúde Mental e da Saúde da Família que atuam em saúde mental na UBS?

Com vistas a contextualizar melhor nossa pesquisa em relação a resultados de outras produções científicas, fizemos um levantamento de estudos sobre o trabalho e subjetividade em saúde pública no território brasileiro, recorrendo a duas bases de dados de biblioteca virtual- *SciELO e BVS-psic*, pelo acervo representativo que possuem de publicações sobre saúde pública e psicologia. Usamos como descritivos de busca termos correspondentes à

nossa temática de pesquisa: saúde pública; saúde mental; saúde da família; trabalho e subjetividade; trabalho e saúde. Realizamos um recorte temporal com busca de artigos a partir do ano de 2006 quando se implementou no Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/GM de março de 2006), quando se incluiu oficialmente, em âmbito nacional, a saúde mental na Atenção Primária.

Dentre os artigos localizados destacaremos cinco estudos que apresentam temas muito próximos ao nosso: trabalho da equipe da Saúde da Família com saúde mental. Como também tratam de pesquisas que utilizaram de análise documental sobre as políticas de saúde, no caso da saúde mental, e análise de entrevistas realizadas com profissionais atuantes na Atenção Básica. Antecipamos que não encontramos no referido levantamento realizado em 2009, nenhuma produção sobre o nosso tema: trabalho em saúde mental na Atenção Primária, em especial no momento do trabalho compartilhado entre as equipes- Saúde Mental e Saúde da Família, o matriciamento e, subjetividade. O que sinaliza relativo ineditismo que corrobora nosso intento de podermos contribuir para as políticas de saúde e para melhorias nos arranjos da organização do trabalho em relação ao acolhimento do usuário em situação de sofrimento mental nas UBS.

Apresentaremos três casos sobre o trabalho com saúde mental na Atenção Básica analisados em pesquisas consistentes, realizadas nas cidades de Salvador/Bahia (Nunes et al., 2007); Capivari/SP (Arona, 2009); São Paulo/SP (Delfini et al., 2009). Observe-se, então, que a re-inserção e manutenção da pessoa em transtorno mental em seu território de convivências, local de significados, afetos, onde se faz e mantém “*os laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político de cidadãos.*” (Nunes et al., 2007, p.2380), se faz enquanto norte e desafio.

No estudo realizado por Nunes et al. (2007) na cidade de Salvador, sobre as relações entre equipes- de Saúde da Família e de Saúde Mental, esse é um ponto de confluência entre as políticas públicas de saúde mental e as atuais políticas de Atenção Básica, em que a noção de atuação no território, faz valer o reconhecimento dos aspectos psicossociais tanto no adoecimento quanto no cuidado, com vista a concretizar para a pessoa portadora de transtorno mental a saída do enclausuramento, exclusão real e simbólica.

Como outra convergência entre os dois movimentos- Reforma Psiquiátrica e Atenção Básica, Nunes et al. (2007), apontam a ampliação da clínica, do trabalho que descentra do saber médico e da medicação, para um trabalho entre diferentes saberes e diferentes especialidades.

As autoras constataram que, apesar de êxitos, na prática geral a confluência entre a

Atenção Básica e saúde mental ainda não se dá. Os resultados apontam para falta de uma estratégia para os profissionais da Equipe de Saúde da Família lidarem resolutivamente com as demandas de saúde mental. Houve unanimidade, nas respostas obtidas na pesquisa, quanto ao sentimento de que a população portadora de sofrimentos/transtornos mentais tem uma lógica distinta e peculiar, apresentando demandas e manifestações que a ESF não se vê em condições de acolher. Nesse sentido, Nunes et al. (2007, p. 2377) avaliam poder tratar tanto de resistências subjetivas quanto impedimentos concretos, avaliam.

No caso apresentado por Arona (2009) em que relata a experiência de implantação do matriciamento em um município do estado de São Paulo, evidencia que a mudança necessária de visão técnico-conceitual e cultural dos trabalhadores não é fácil. Um dos dispositivos para lidar com as resistências e dificuldades concretas, tem sido, conforme a autora analisa a abertura de espaços claros para mediação, para estabelecer processos de formação de compromisso e de contratos. Processo que foi analisado como de difícil e complexa condução no município estudado (Arona, 2009, p. 35). A pesquisadora revela em suas conclusões, a necessidade de muitos avanços, desde o modelo de gestão das UBS à qualificação dos profissionais.

Delfini et al. (2009) em estudo realizado na cidade de São Paulo, definem que a parceria do CAPS com o PSF é via apoio matricial. As atuais orientações do SUS sinalizam a importância e urgência de mudar a assistência tanto no nível da estrutura quanto gerencial. Mudanças que vão em direção a novos arranjos, envolvendo todos os trabalhadores e usuários na troca de informações e a ampliação do compromisso com a produção de saúde.

A assistência se faz dependente da implicação, da co-responsabilização do profissional, uma vez que o acolhimento não prevê o encaminhamento, devendo gerar resolutividade com os dispositivos da rede, seja no próprio setor, seja intersetorialmente. Uma prática de inventividade como defende Lancetti (2001).

Assim, na co-responsabilização, o vínculo do trabalhador não se resume ao paciente, fazendo-se necessário, entre os demais profissionais da rede, outros serviços e a comunidade, o território: *“Não há encaminhamento para outros serviços, mas construção de projetos terapêuticos que são executados por um amplo conjunto de trabalhadores”* (Delfini et al., 2009, p. 1488).

Explicita-se com essas experiências o grau de complexidade que o trabalho toma tanto para a equipe de SF ao se deparar no território com demandas de saúde mental, cuja lógica é bem peculiar, como para a Equipe de Saúde Mental, que envolvida no matriciamento, há de fazer circular saberes, poder, o que sempre causa diferentes resistências

nas partes envolvidas, conforme concluem as autoras. Como se configura o nosso tema de estudo desenvolvido com equipes de SM e SF em três Centros de Saúde do Distrito Nordeste da cidade de Belo Horizonte.

Uma vez tecidos os apontamentos até aqui apresentados, bem como mencionadas questões que nortearam o desenvolvimento deste texto, pode-se ponderar que, em linhas gerais, a pesquisa desenvolvida é plena de importância, podendo, então, em muito contribuir em futuras abordagens do tema em discussão.

Os cento e quarenta e cinco Centros de Saúde que compõem a rede de assistência da Atenção Primária, no SUS-Belo Horizonte, contam em seu quadro funcional com as equipes de Saúde da Família e, em sessenta e sete UBS tem equipes de Saúde Mental compostas por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Esses especialistas além de acolher a própria demanda da Unidade também deverão realizar o matriciamento de outras equipes.

É sobre este contexto de trabalho, atividades com saúde mental na Atenção Primária e no momento do matriciamento que focalizamos nossa análise, pelo fato de se tratar de um arranjo organizativo do trabalho posta para os profissionais de saúde, mas que ainda se encontra em elaboração e, portanto, aberto para avaliações críticas e sugestões. Pretendemos desta forma, contribuir com as equipes e também com a gestão municipal de saúde da cidade de Belo Horizonte. A seguir apresentaremos nosso referencial teórico-metodológico que subsidiou toda a trajetória dos estudos e da produção da presente tese.

3.2 Trabalho e Subjetividade: Nossa Referência Teórica.

Trabalho e subjetividade é uma vertente do campo saúde mental e trabalho, como afirmam os estudos de Jacques (2003) e a mais recente obra no campo que o nomeia de Clínicas do Trabalho (Bendassolli & Soboll, 2011). Esses autores, com exposto anteriormente nesta tese, afirmam que existem diferentes abordagens no campo, sendo as mais recorrentes: Psicossociologia, Ergologia, Clínica da Atividade e Psicodinâmica do Trabalho/Clínica do Trabalho. As diferenças epistemológicas e teórico-metodológicas dessas clínicas do trabalho buscam responder às questões em comum: sobre a ação no trabalho e as diferentes formas de mal-estar relacionadas ao trabalho. (Lhuillier, 2007 apud Bendossolli & Soboll, 2011, p. 36-46).

A nossa escolha pela Psicodinâmica do Trabalho, uma das Clínicas do Trabalho do campo Saúde Mental e Trabalho, pode ser contextualizada pela apresentação posta pelos autores:

Representada especialmente pelos trabalhos de Cristophe Dejours, desenvolvida desde a década de 1980, encontra seus **principais fundamentos** na psicanálise, na ergonomia e na sociologia do trabalho. **Concebe que o sujeito é dividido por conflitos intrapsíquicos, mas que também não pode se constituir fora da relação com o outro.** Considera que os jogos de reconhecimento são capazes de transformar o sofrimento em prazer nas atividades de trabalho (Dejours; Molinier, 1989). **Pressupõe o trabalho como constituinte do sujeito e, portanto, central nos processos de subjetivação.** Entende o trabalho na sua dimensão real e prescrita conforme proposto pela ergonomia. (Bendassolli & Soboll, 2011, p. 10, grifos nossos).

Um estudo de referência sobre a relação da atenção à saúde mental na rede básica de saúde e a saúde dos trabalhadores da prefeitura de São Paulo, foi realizado por um grupo de pesquisadores que trabalham nessa perspectiva. (Lancman et al.; 2008).

A referida pesquisa foi realizada nos moldes da Psicodinâmica com orientação de pesquisa-ação, culminando com a clínica do trabalho ao escutar e potencializar ações dos trabalhadores frente à organização do trabalho na Unidade de Saúde Básica (UBS) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A equipe adotou um desenho de pesquisa que contempla uma dimensão macro do contexto histórico e social das políticas de saúde, como também analisaram em um nível mais específico, as vivências desenvolvidas no cotidiano dos serviços das UBS e CAPS. Modelo no qual nos referenciamos como será exposto a seguir.

Destaca-se que o referido estudo focalizou os trabalhadores da Equipe de Saúde da Família da Atenção Primária e profissionais da saúde mental de CAPS, não abordando especificamente o trabalho de equipes alocadas em uma mesma unidade de saúde em trabalho compartilhado no momento de matriciamento, ao contrário do que ocorreu em nossa pesquisa. O estudo realizado pelo mencionado grupo, foi planejado como um duplo movimento de investigação que denominaram de ‘método ascendente e método descendente’, uma trajetória de pesquisa que se fez entre análise de contexto geral e a micro análise de uma situação específica. Para viabilizar o diálogo entre o contexto macro das políticas de saúde e o trabalho real desenvolvido por profissionais em UBS e CAPS, na interface saúde mental e Atenção Básica, os pesquisadores defendem, como necessário, o diálogo entre dois níveis de análise, como assinalado a seguir:

Nesse sentido é essencial apreender essa inter-relação através da análise das políticas públicas de saúde mental do ponto de vista sóciohistórico e sua articulação com a organização tecnológica do processo de trabalho – tecnologia entendida, aqui, como

conjunto de ações e procedimentos tecnicamente orientados para operar o trabalho concreto. (Lancman & Pereira, 2008, p.21).

Como a exemplo de estudos realizados no Brasil, a partir dessa ótica podem-se citar as pesquisas de Lancman et al. (2008), Mendes et al. (2007) e Mendes e Araújo (2011). Em concordância com os autores psicodinamistas, adotamos o desenho por eles proposto para estruturar o percurso de nossa pesquisa, isto é, estudamos no âmbito macro através da análise das políticas de saúde tendo em vista as prescrições postas para o trabalho e, no âmbito de análise local, investigamos as relações entre o trabalho realmente desenvolvido e a subjetividade dos profissionais.

A inter-relação entre as políticas de saúde e o trabalho em saúde pode ser analisada por uma abordagem metodológica que orienta a construção de conhecimento pertinente à interface entre o contexto sócio-histórico e o processo de trabalho em atenção à saúde pública. Isso ocorre porque reconhecemos em saúde pública um campo perpassado tanto pelas necessidades sociais, quanto pela organização técnica e pelos procedimentos da assistência, sendo, por conseguinte, um campo sócio-histórico, mas também marcado pela inventividade daqueles que trabalham na saúde. Como afirmam as autoras: “[...] *o campo da saúde – que engloba não só a prática técnica e social, mas ainda os conteúdos normativos das políticas públicas_ é apreendido como histórico e social.*” (Pereira, Rizzi & Costa, 2008, p.31).

As proposições, normatizações e prescrições definidas nos documentos oficiais, expressas em Leis e Portarias configuram o contexto, mas não se confunde com a prática real, o processo de trabalho vivo, o que aqui estamos denominando como agir em saúde. A documentação com suas regulações não contemplam, assim, as inventividades elaboradas em uma prática astuciosa, desenvolvidas frente aos imprevistos e constrangimentos, conforme definido por Dejours (1993b; 1993c; 1994b).

Justificamos nosso interesse pela Psicodinâmica do Trabalho por ser uma perspectiva teórico-metodológica que se propõe a analisar as relações intersubjetivas que sustentam a operação concreta do trabalho para além do que está normatizado no trabalho prescrito, considerando tanto as defasagens e contradições dos contextos, como também a particularidade dos sujeitos aí envolvidos. Vejamos nas palavras das autoras que sintetizam as bases desta abordagem sobre trabalho e subjetividade:

[...] Dejours retoma de maneira mais direta a discussão da clínica do trabalho e da ação nas publicações de 2009 e 2010. Para o autor, a Psicodinâmica do Trabalho é uma disciplina clínica, que se apóia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, e uma disciplina teórica, que busca registrar os resultados da investigação clínica das relações de trabalho articuladas a uma teoria

de sujeito, baseada ao mesmo tempo, na Psicanálise e na teoria social. (Araújo, 2011, p. 24).

Isto é, o foco de análise na Psicodinâmica do Trabalho volta-se para as vivências do trabalhador em relação a determinada organização prescrita do trabalho que impõe regras, normas, ritmos influenciando diretamente nas relações intersubjetivas no trabalho e, vice-versa. Portanto, compreendemos com base no acima exposto, que há um diálogo entre campo social e as particularidades.

O trabalhador nesta perspectiva é reconhecido como um sujeito que mediante condições que circunscrevem o contexto, é ativo, é um sujeito de escolhas. Ainda com Mendes e Araújo (2011, p. 25), o trabalhador é um sujeito que nas tensões provocadas pelo trabalho também faz escolhas, inclusive quanto a proteger-se:

Essa articulação permite dizer que o sujeito para a clínica do trabalho, é o sujeito da luta contra a loucura do trabalho, as patologias e a doença mental. É o sujeito que luta pela saúde mental. É o sujeito da contradição, do conflito com ele mesmo, que hesita sobre si mesmo quando confrontado pelo real. É o sujeito do sofrimento em relação às adversidades da organização do trabalho e do trabalhar. [...] **É o sujeito que faz, ao trabalhar, o trabalho vivo, muitas vezes mortificado pelas prescrições da organização do trabalho.** (grifos nossos).

O trabalho humano para a Psicodinâmica do Trabalho está sempre perpassado por três dimensões: universo objetivo, universo social, universo subjetivo (Dejours, 1994, p.136-137). O trabalho é visto, então, como lócus privilegiado da interação social, na medida em que sempre envolve compartilhamento com outras pessoas e atividades que ultrapassam o interesse pessoal. O trabalho assim viabiliza a identificação com o que se produz, ao inserir o sujeito trabalhador em uma rede de relações sociais e de reconhecimentos em potencial. Sob determinadas condições e organização do trabalho- campo da racionalidade objetiva, onde o trabalhador não possa realizar sua experiência, seu saber-fazer, ou não consiga perceber coerência entre sua atividade, suas crenças e princípios- ao invés de produzir equilíbrio, prazer e bem-estar o trabalho pode se tornar fonte de sofrimento patogênico, de desequilíbrio, e até mesmo de doenças físicas e mentais.

Para a Psicodinâmica, o trabalho nunca é neutro e, conforme afirmam os autores aqui aludidos, trata-se de um confronto complexo e dinâmico entre o sujeito trabalhador com suas concepções e particularidades em contraposição com as condições postas pela organização do trabalho, a esfera subjetiva. O trabalho enquanto processo complexo- objetivo, social e subjetivo- conforme sintetizam os autores, provoca efeitos na saúde do trabalhador.

Diante do exposto, fica claro que o trabalho_ enquanto espaço de confronto entre indivíduo (suas crenças, seus valores e suas concepções) e o social _ é permeado pelas condições concretas para sua realização, sua organização e pelas diferentes formas de concebê-lo, o que se reflete na saúde dos trabalhadores. (Lancman, Sznclwar, Uchida, Alonso & Juns, 2008, p. 176).

Para Dejours (1994), o trabalho está circunscrito pelas condições de realização e por sua organização. As condições de trabalho dizem respeito ao ambiente, instrumental de trabalho e os respectivos riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos que podem causar efeitos danosos à saúde física do trabalhador. Já a organização do trabalho, unidade de análise privilegiada pela Psicodinâmica do Trabalho, produz efeitos na subjetividade do trabalhador. A organização do trabalho diz respeito à divisão de tarefas entre a linha de comando que planeja, administra, controla, e os executores, os trabalhadores que irão operar a prescrição e também elaborar o trabalho real.

Os derivados do campo relacional, da organização do trabalho e seus desdobramentos são múltiplos, dentre os quais destacamos: o ritmo de trabalho imposto; a cadência; alocação em turnos; metas a ser cumpridas. A organização do trabalho configura relações que dizem respeito à divisão de poder, portanto, coloca contornos e tensões nas relações intersubjetivas no trabalho. A organização do trabalho, então, consiste em uma unidade de análise central para a Psicodinâmica do trabalho, porque revela situações invisíveis do trabalho e que, nem por isso, são menos determinantes do prazer ou sofrimento patológico decorrente das formas como o trabalho está organizado e as vivências aí desenvolvidas (Dejours, 1994; 1996).

Nessa perspectiva a análise reconhece a racionalidade objetiva e instrumental da organização do trabalho, com suas exigências prescritas, mas prioriza a racionalidade subjetiva presente na ação do trabalhador e do coletivo de trabalho. Como afirmam os autores sobre a perspectiva analítica dessa abordagem:

A psicodinâmica do trabalho- PDT visa refletir sobre os aspectos psicológicos do trabalho, tendo como foco seu caráter enigmático do ponto de vista da racionalidade subjetiva das ações, ou seja, da racionalidade prática. Esta difere da racionalidade cognitiva instrumental e da racionalidade axiológica do mundo social. **Ao estudar o trabalhar, a PDT coloca em evidência aspectos não conhecidos_ ou mesmo refutados_ das relações de trabalho, tais como:** o trabalho como construção identitária e as relações sofrimento e prazer que decorrem dessa construção; a construção de defesas individuais e coletivas; o desenvolvimento da inteligência astuciosa; os riscos de alienação e a construção da intersubjetividade. (Lancman, Sznclwar, Uchida, Alonso & Juns, 2008, p. 175, grifo nosso).

Podemos dizer, por consequência, que um dos interesses da análise psicodinamista- a racionalidade subjetiva - o trabalho que se desenvolve que é inventado, criado, descoberto e

articulado pelo sujeito trabalhador e pelo coletivo de trabalho, frente ao inesperado e/ou aviltante, que não estão prescritos pela organização do trabalho. Uma racionalidade que diante dos enigmas que o sujeito trabalhador, produz trabalho através do seu engajamento subjetivo. (Dejours, 1994; 2008; Lancman et al., 2008; Martins, 2009; Mendes et al., 2007; Mendes & Araújo, 2011). O acesso a essa racionalidade desvela o trabalho vivo, de 'cria-atividade', uma ação que é construída a partir da mobilização subjetiva- um investimento que ultrapassa o cognitivo e comportamental, atingindo também, o lado afetivo daqueles que aí estão implicados.

A mobilização subjetiva, como se pode depreender dos apontamentos até aqui realizados, não é passível de prescrição ou normatização, por ser da ordem da implicação, do envolvimento afetivo e engajamento do sujeito trabalhador com o seu fazer. Reitere-se, então, o interesse da Psicodinâmica do Trabalho reside no trabalho vivo e as vivências subjetivas dos trabalhadores, daí seu foco de análise se direcionar para a racionalidade subjetiva, enquanto vivências e estratégias para o agir que os sujeitos elaboram no trabalho. Além disso, também focaliza a racionalidade prática, enquanto a produção elaborada pelo sujeito e coletivo de trabalho, que dá sustentação à atividade e às defesas contra os desgastes e adoecimentos decorrentes do trabalho. Podemos dizer com base nos autores citados que a racionalidade instrumental, o universo objetivo, a análise da organização do trabalho e seus determinantes são considerados para contextualizar o universo social e subjetivo. Já o foco de análise prioriza a racionalidade prática, as vivências subjetivas no trabalho.

Dejours (1993a; 1993c) descreve os procedimentos a serem observados para a realização da pesquisa-ação em Psicodinâmica do Trabalho. Trata-se, como defende o referido autor, de etapas complementares e sucessivas, iniciando-se com obtenção de informações sobre o processo de trabalho e o histórico das mudanças aí operadas. A etapa seguinte se faz com o contato direto no local de trabalho para se acessarem as condições que perfazem a cena do trabalho e a organização do trabalho. Etapas que incluímos com vistas à contextualização do trabalho analisado, e esses procedimentos subsidiaram nossa compreensão e reflexões críticas à partir das falas dos profissionais das equipes- SM e SF - a respeito de suas vivências, arranjos, defesas diante das exigências, tensões e constrangimentos advindos da prática em saúde com pessoas em situação de sofrimento mental que procuram os Centros de Saúde. É o que será apresentado a seguir.

2.3 Procedimentos

Tomada a decisão de pesquisar o trabalho em saúde mental na Atenção Primária do SUS-BH, que será justificado mais a frente, realizamos duas entrevistas de aproximação, tendo em vista aprimorarmos as estratégias apresentadas no projeto de pesquisa apresentado em 2008, na ocasião do primeiro ano de doutoramento.

Entendemos entrevista de aproximação como a construção de um momento de interlúquios entre pesquisador e pessoas que vivenciam o fenômeno em estudo, como proposto por Bosi (2003). Ecléa Bosi afirma que a entrevista de aproximação, um dos recursos para se iniciar uma pesquisa, é como uma conversa entre amigos, *‘uma conversa onde se estabelece uma relação de confiança’*.

Contamos com a participação de uma pesquisadora da área de saúde pública, Luciana Kind, em abril de 2009. Outra entrevista de aproximação foi com pesquisador e psicólogo da Atenção Primária da Prefeitura de Belo Horizonte, João Leite Ferreira Neto, em junho de 2009. Momentos de rica interlocução entre os pressupostos, hipóteses projetadas, com as circunstâncias conflitivas entre as políticas e o trabalho em saúde, que se configuravam na ocasião, mas que eram invisíveis, não contempladas pelos documentos oficiais analisados. Em outras palavras, a realização das entrevistas de aproximação permitiu uma adequação do projeto e o percurso que viria a ser desenvolvido.

Ecléa Bosi disserta sobre a necessidade de se estabelecer um bom encontro, de *‘amizade’*, entre pesquisador/entrevistador e os sujeitos que, a priori, têm diferentes saberes a compartilhar conosco. Para explicitar a noção de amizade que sustenta o vínculo para uma *‘boa entrevista de aproximação’*, esclarece: *“Amizade, diz Guimarães Rosa, é conversar desarmado.”* (Bosi, 2003, p. 60). Esta orientação ética nos guiou também nas entrevistas que realizamos nas próximas etapas da pesquisa de campo com os profissionais das equipes-Saúde Mental e Saúde da Família, entre junho e dezembro de 2010 e, nas entrevistas de devolução das análises em maio e junho de 2011.

Buscamos identificar, através dos relatos dos trabalhadores das equipes- SM e SF, sobre suas vivências, as práticas elaboradas, as invenções compartilhadas no cotidiano das UBS, e as estratégias construídas para lidarem com usuários em situação de sofrimento mental. Tivemos também, como referência, a proposta governamental apresentada através de Portarias e diretrizes que, atualmente, orientam os programas de saúde dos municípios. As orientações prescritas nos documentos oficiais estão sendo entendidas emblematicamente

como trabalho prescrito¹⁷, ou seja, as regulamentações que se desdobram dos documentos oficiais colocam diretrizes para a realização da atenção à saúde. Já as falas dos entrevistados estão sendo consideradas como veiculadoras de indícios da maneira como os trabalhadores vivenciam a prática, ajustando recursos de toda natureza para dar conta da prescrição, sendo esta também já reinterpretada pelo governo local, o município, em nosso caso pelos profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte/ SMSA-PBH.

Nosso objetivo principal foi o de compreender as possíveis relações entre o trabalho em saúde mental na Atenção Primária e a subjetividade dos profissionais das equipes da SF e da SM. Frente a este objetivo e com base em nossas referências acima mencionadas, realizamos uma análise, numa dimensão macro, para contextualizar o trabalho a partir das regulações postas em Leis e Portarias referentes ao nosso tema.

Realizamos, também, uma análise em um nível micro, local, quando estivemos em entrevistas coletivas com trabalhadores da Saúde Mental e Saúde da Família, alocados em Centros de Saúde, de um mesmo Distrito Sanitário do SUS-BH. Nossas perguntas orientadoras foram: o que os profissionais falam sobre as vivências do trabalho em saúde mental na Atenção Primária? Quais relações fazem a respeito das contradições, das dificuldades para realizar os procedimentos postos pelas políticas e programas, e o acolhimento do usuário com sofrimento mental? Quais relações que os trabalhadores do Centro de Saúde fazem entre as regulamentações das políticas de saúde, o trabalho com a pessoa em situação de sofrimento mental e a própria subjetividade? Para nossa análise final tivemos ainda como questão: quais impactos dessas políticas e práticas na subjetividade dos profissionais das equipes- Saúde da Família e Saúde Mental?

Interessa-nos, pois, compreender o trabalho em saúde mental na Atenção Básica, no contexto em que a Saúde da Família torna-se estratégia do SUS e a saúde mental está ligada pela estratégia do NASF através do matriciamento.

Trabalhamos inspirados na Psicodinâmica do Trabalho, considerando a possibilidade de incluir aspectos conscientes e inconscientes, as singularidades e as estratégias coletivas de

¹⁷ As defasagens entre o trabalho prescrito, o que está escrito nos procedimentos e regulamentos, e o trabalho real, as práticas inventadas no cotidiano, são uma fonte de análise para as diferentes abordagens do que se denominam hoje Clínicas do Trabalho, como já apresentado nesta tese. Para a Psicodinâmica do Trabalho as vivências subjetivas dos trabalhadores envolvidos e as estratégias desenvolvidas para se lidar com os constrangimentos e fatores potencialmente adoecedores advindos das defasagens e contradições do trabalho, forma a ênfase da análise. (Dejours, 1993a; 1993c; Lancman & Heloani, 2004; Mendes, 2007; Martins, 2009). Desta forma, tomamos as regulamentações legais dos programas para Saúde Mental na Atenção Básica, também como uma das fontes de trabalho prescrito para as equipes dos Centros de Saúde- SF e SM.

enfrentamento dos constrangimentos do trabalho, a partir da escuta dos trabalhadores. Conforme preconizam os estudos sobre metodologia, a exemplo de Mendes (2007, p. 84), afirmam tratar de uma perspectiva que privilegia a fala, as expressões sobre a organização do trabalho e o campo intersubjetivo que se desenha a partir desta, influenciando diretamente as vivências de prazer e sofrimento, propiciando a ampliação da produção de reflexões e ações críticas.

A clínica do trabalho articula-se essencialmente à intersubjetividade. O acesso ao estudo da intersubjetividade se dá por meio da palavra, mais precisamente pela relação entre a palavra pertencente à demanda dos trabalhadores e à escuta dos pesquisadores. O momento da pesquisa é o espaço de discussão sobre a organização, condições e relações de trabalho. **A elaboração do tema envolve, ao mesmo tempo, o pensar e o falar, não permitindo a distinção entre pensamento e ação.** À medida que o sujeito fala sobre si, ele toma consciência de seu comportamento e colabora para a mudança da percepção a respeito da situação vivida. (Grifos nossos).

A partir dessa inspiração na Psicodinâmica do Trabalho, podemos resumir a respeito dos procedimentos, que analisamos, emblematicamente, as políticas enquanto regulamentações que alimentam o trabalho prescrito e os relatos dos entrevistados como registros do trabalho real, das vivências e estratégias criadas. A constatação de defasagens entre o regulamentado e o agir em saúde foi fator central para chegarmos às possíveis relações entre o trabalho e subjetividade. A seguir os procedimentos que adotamos em nosso percurso em consonância com os referenciais acima apresentados.

3.3.1 Análise do Material de Pesquisa

As fases da análise da documentação e dos relatos dos profissionais da SM e SF¹⁸, foram inspiradas em Minayo (1999), com vistas a promover aproximação do fenômeno conforme apresentação a seguir. Em um primeiro momento levantamos informações sobre as proposições dos programas de saúde e possíveis prescrições através de documentos oficiais que tratam da Saúde Mental e Atenção Básica. A primeira condição para se viabilizar uma

¹⁸ Usamos como uma referência para o processo de análise de conteúdo, na perspectiva dialética, como proposto por Minayo (1999, p.234-235): 1) 'Ordenação de dados' quando de posse das informações, as organizamos através de leituras continuadas. 2) 'Classificação dos dados' que na verdade trata de uma construção de dados que é elaborada através do diálogo que o pesquisador estabelece entre teoria e os dados empíricos (relatos de entrevistas e dos documentos em análise). Desta etapa extraímos os temas de análise que balizaram nossa leitura e interpretações acerca das entrevistas realizadas. 3) 'Análise final' que consiste no momento da interpretação quando buscamos uma síntese aproximativa do fenômeno.

análise nesse moldes, diz respeito à configuração histórica na qual esteja envolvido o fenômeno em pesquisa. (Minayo, 1999; Demo, 2009).

Os documentos- Leis e Portarias do Ministério da Saúde e documentos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, foram escolhidos por colocarem programas e diretrizes para a saúde mental na Atenção Básica. Conforme posto por Minayo (1999, p. 234. Grifo nosso.) realizamos uma análise dos documentos a fim de alcançar o processo e as contradições: *“Aqui pode se aproveitar todo o progresso técnico seja de determinada forma de análise de conteúdo ou da análise do discurso, com a condição de se submeter essas técnicas a uma superação dialética, isto é, ao conjunto das relações envolvidas.”*

Para chegarmos à análise do trabalho em coerência à Psicodinâmica do Trabalho, realizamos entrevistas coletivas com profissionais das equipes- Saúde da Família e Saúde Mental. O que Minayo (1999, p. 233) denomina de ‘encontro com fatos empíricos’, e que Lancman et al (2008), nomeiam como aproximação das vivências subjetivas no trabalho. Isto é, buscamos, junto aos trabalhadores aproximarmos-nos do trabalho realmente desenvolvido, o que, em nosso caso, somou-se às observações que fizemos ao longo das entrevistas coletivas com as equipes de Saúde da Família e participações em reuniões de matriciamento com a equipe de Saúde Mental junto as UBS.

Nossa escolha pela entrevista coletiva foi por se tratar de um procedimento adotado pela Psicodinâmica do Trabalho que toma a fala, a palavra como um mediador entre trabalhador e pesquisador, como também viabiliza um momento para colocar em evidência a dinâmica da gestão dos trabalhadores com relação às adversidades decorrentes das imposições da organização do trabalho. Nos dizeres da autora temos a relevância da escuta de grupos, de coletivos de trabalho para a pesquisa-ação¹⁹ em Psicodinâmica do Trabalho:

A linguagem funciona como mediadora entre os trabalhadores e pesquisadores, como mediadora do próprio grupo de trabalhadores e na construção do coletivo de trabalho. [...] É por meio da palavra que o pesquisador tem acesso aos conteúdos latentes; é por meio da análise das contradições, incoerências e mecanismos de defesas expressos no discurso, que é possível a verificação da dinâmica das vivências de prazer-sofrimento em relação ao contexto de trabalho, das mediações, da saúde dos processos de subjetivação antecedentes. (Mendes, 2007, p. 85-86).

¹⁹ Para a Psicodinâmica do Trabalho, a fala e ação constituem um complexo dinâmico da relação sujeito-trabalho-coletivo. Segundo Mendes (2007, p. 84), a fala viabiliza elucidações para pesquisadores e trabalhadores, potencializando, também o, vínculo coletivo entre os que compartilham dos mesmos afazeres. Daí a pesquisa nessa abordagem ser caracterizada como uma clínica do trabalho, na perspectiva de uma pesquisa-ação. (Lancman & Uchida, 2003).

O conteúdo das entrevistas foi analisado com vistas a nos aproximarmos do processo, das contradições, das inventividades e estratégias elaboradas para enfrentar as defasagens e constrangimentos entre o trabalho prescrito por documentos oficiais e o trabalho realmente desenvolvido. Destaca-se, como já apresentado, que as análises das entrevistas foram discutidas com as equipes, em um segundo momento da pesquisa de campo, quando pudemos instigar reflexões críticas acerca da relação trabalho e subjetividade e a organização do trabalho proposta pelas diretrizes políticas. Todo esse percurso no campo foi desenvolvido para que chegássemos até as relações entre as prescrições legais para o trabalho com saúde mental e a subjetividade dos profissionais das equipes Saúde Mental e Saúde da Família.

3.3.2 A entrada da pesquisadora em campo

A escolha pela cidade de Belo Horizonte se deu principalmente em razão de se tratar de um município com certa continuidade nos programas de saúde pelo governo local o que vem potencializando implementações ditadas pelo Ministério da Saúde. Outro fator que motivou a escolha foi o fato de acreditarmos que uma equipe envolvida com o movimento político e social da saúde pública e da saúde mental, tem inventividades e processos de consolidação. Mesmo entre avanços e recuos, disputas, contradições e consensos o governo e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte vêm construindo programas e implementando diretrizes para a rede de assistência da Atenção Primária desde 1999 e, os serviços substitutivos de Saúde Mental desde 1993. Soma-se a este fértil contexto, o fato de a autora ser moradora e trabalhadora nessa cidade o que viabilizou, apesar dos percalços burocráticos, o acesso a Unidades Básicas de Saúde.

Os critérios para solicitarmos a entrada nas UBS foram construídos nas reuniões com a coordenação de Saúde Mental e também com a técnica da gerência de assistência que na ocasião respondiam pelas solicitações de pesquisa na Rede de Atenção Básica, nos Centros de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde-PBH. Encontros que se desenvolveram no período de outubro de 2009 a abril de 2010, a partir dos quais, por persistência da pesquisadora, foi possível, após reescritas do projeto, a elaboração dos critérios: entraríamos em três Centros de Saúde, que estivessem vinculados entre si, através do trabalho de matriciamento com o trabalho da Equipe de Saúde Mental Polo. Com essa orientação chegamos a UBS que possui uma equipe de Saúde Mental que além de atender a população

do seu território, também realiza as reuniões de matriciamento em mais outros dois Centros de Saúde, sendo este conjunto pertencente ao mesmo Distrito Sanitário Nordeste do município de Belo Horizonte.

A pesquisa de campo foi, portanto, desenvolvida em três UBS, cujas equipes atuam em uma região do Distrito Sanitário Nordeste da cidade de Belo Horizonte. Região escolhida pela representatividade populacional, quanto ao Índice de Vulnerabilidade Social, que em conjunto com dados epidemiológicos, orienta a alocação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental. Portanto, toda UBS tem equipe de Saúde da Família, sendo composta por médico da saúde da família, enfermagem, auxiliar, agente comunitário de saúde e, algumas unidades onde se encontram maiores índices acima citados, contam com equipe de Saúde Mental: 1 Psiquiatra, 1 Psicólogo, 1 Assistente Social. Esse foi o principal critério para chegarmos a um determinado Centro de Saúde da regional Nordeste: ter uma ESM alocada na respectiva unidade e que também atuasse com o matriciamento de outras equipes de SF.

Dessa forma chegamos ao Centro de Saúde Girassol²⁰, que tem uma ESM pólo, composta por um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social, que matriciam além da ESF do próprio CS, mais outras duas UBS_ Centro de Saúde Hortência e Centro de Saúde Lírio²¹.

A quantidade de famílias cadastradas nestas três UBS foi obtida com as respectivas gerências e enfermagem. Em relação aos números de cadastro de usuários da SM, esses foram extraídos do sistema de informações farmacêutico. Ou seja, o quantitativo é do número de usuários de medicamento psiquiátrico, trata-se, portanto, de uma aproximação da realidade, uma vez que existe quantidade significativa de pessoas com queixas de sofrimento mental, mas que não fazem uso deste tipo de medicamento. Esta foi uma informação unânime em todos os grupos que participaram das entrevistas, sinalizando que no cotidiano a demanda de pessoas em situação de sofrimento mental ainda pode ser maior do que o apresentado abaixo. O quadro abaixo representa os dados obtidos, destacando-se desde já a transitoriedade dos mesmos.

²⁰ Os nomes que estamos usando para designar os CS são fictícios, mantendo o compromisso da pesquisadora com o sigilo da identificação das pessoas envolvidas na pesquisa. Teremos, portanto, os nomes para as três unidades de saúde: CS Girassol, CS Hortência e CS Lírio.

²¹ Os nomes dos entrevistados são fictícios

Quadro 1 - População Cadastrada nas UBS partícipes da pesquisa e Formação das equipes

DADOS APROXIMADOS	CS Girassol²²	CS Hortência	CS Lírio
População cadastrada no PSF	6.120 pessoas 1.700 famílias	14.000 pessoas 4.300 famílias	16.000 pessoas 3.980 famílias
População cadastrada na SM	700 pessoas	1.100 pessoas	1.071 pessoas
Funcionários das equipes: SF	1 equipe da SF, com: 1 Enfermag. 1 Aux Enferg 2 Generalista 8 ACS	3 equipe da SF. Cada equipe possui: 1 Enfermg 1 Auxl Enfermg 1 Generalista 4 ACS	4 equipes da SF. Cada Equipe: 1 Enfermg 1 Auxl Enfermg 1 Generalista 4 ACS

Fonte: Dados da pesquisa de campo, Agosto, 2010

Ao apresentarmos a proposta de pesquisa para a Coordenação do CS Girassol²³ fomos muito bem recebidos, com a seguinte colocação:

[...] que interessante você querer pesquisar sobre o trabalhador da saúde! Por que todo mundo que vem aqui pesquisar, só quer saber do usuário ou dos seus registros e medicação. Ótimo! Seja muito bem vinda e prepare-se para escutar muita coisa, por que nosso trabalho aqui na unidade básica, não é nada básico. Pelo contrário, trabalhamos muito e um dia a dia de queixas que são complexas. Presta bem atenção que você verá.

Participamos de três reuniões de matriciamento em cada um dos Centros de Saúde. O matriciamento realiza-se através de encontros de apoio técnico-assistencial da Equipe de Saúde Mental- 1 psiquiatra e 1 psicólogo, junto à equipe de profissionais generalistas – médico, enfermagem, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, que compõem as Equipes de Saúde da Família. O trabalho compartilhado no momento do matriciamento foi um dos focos de interesse de nossa pesquisa. Ao participarmos das reuniões de matriciamento em cada Centro de Saúde, aproveitamos para observar e conhecer as unidades e também

²² O centro de saúde Girassol é o único que possui ESM alocada entre as três unidades. Equipe composta por 1 Psiquiatra, 1 Psicólogo e 1 Assistente Social. Esta equipe é que realiza o matriciamento das ESF destas três unidades, além dos atendimentos agendados.

²³ Os nomes das unidades de saúde foram substituídos por nomes de flores para resguardarmos possíveis identificações das equipes envolvidas na pesquisa. Conforme compromisso assumido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo), entre pesquisadora e sujeitos participantes.

apresentar a proposta de pesquisa. Com o aceite dos grupos, agendávamos nossos encontros entre pesquisadora e equipes de Saúde da Família nas respectivas Unidade Básicas de Saúde.

Participamos de reuniões semanais das equipes de Saúde da Família quando pudemos conversar com mais tempo e autonomia sobre os temas da pesquisa e assuntos afins²⁴. Para a Psicodinâmica do Trabalho, a fala e ação constituem um complexo dinâmico da relação sujeito-trabalho-saúde/doença, e para se chegar a essa relação torna-se necessário ‘fazer circular a palavra’, que é um intermediador entre as ações criativas frente aos imprevistos do trabalho e as estratégias elaboradas diante dos constrangimentos.

A clínica do trabalho e análise psicodinâmica das situações de trabalho **partem do princípio de que a relação com o real não é direta, nem natural**: ela é mediada por uma ação sobre a realidade, onde se descobre simultaneamente que a experiência com o real não é dominada somente pela técnica e conhecimento; e **ação sobre o real é perpassada pelo poder criativo e pensamento imaginativo do sujeito**. Por esta razão, a fala deve tornar visível a dinâmica da gestão dos trabalhadores com relação às adversidades impostas pela organização do trabalho. (Mendes, 2007, p. 87, grifos nossos).

O percurso nos três Centros de Saúde/UBS, junto aos trabalhadores das equipes- SM e SF, transcorreu no período entre junho a dezembro de 2010 e, pode ser assim resumido:

- a) **Participação em três reuniões de matriciamento**, sendo um encontro em cada UBS que integra o conjunto pesquisado.
- b) **Realização de três entrevistas com os especialistas** que compunham a Equipe de Saúde Mental- Assistente Social, Psicólogo, Psiquiatra. Profissionais responsáveis pelo matriciamento das equipes de SF das três UBS.
- c) **Realização de seis entrevistas coletivas**, sendo distribuídas nos três Centros de Saúde:
 - UBS N.1/ Girassol: **1** equipe de SF (a Unidade tem 1 única equipe da saúde da família).
 - UBS N.2/ Hortência: **2** equipes de SF (a Unidade tem 3 equipes).
 - UBS N.3/ Lírio: **3** equipes de SF (a Unidade tem 4 equipes).

Inicialmente, ordenamos as informações através da transcrição das entrevistas e observações e, em seguida realizamos uma leitura para organizar todo o material, buscando

²⁴ Todos os participantes das entrevistas coletivas assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA-PBH, em abril de 2010. Somente após essa aprovação é que a pesquisadora pode iniciar a pesquisa de campo.

desde a primeira fase da análise a explicitação do processo e possíveis contradições. A partir deste momento fizemos releituras continuadas dos registros, fazendo reflexões críticas com base em nossas questões e objetivos, seguindo os moldes da ‘leitura flutuante’, conforme propõe Minayo (1999, p. 235), a fim de realizarmos as posteriores ‘análises’.

Leitura exaustiva e repetida dos textos e repetida dos textos, prolongando uma relação interrogativa com eles. Esse exercício, denominado por alguns autores como ‘leitura flutuante’ permite apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos chaves de sua existência sobre o tema em foco.

[em nosso caso trabalho com saúde mental na Atenção Primária e subjetividade dos profissionais]

[...]. Essa atividade ajuda o pesquisador a, processualmente, **estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas.** (Comentários e grifos nossos).

Os temas que orientaram as relações que estabelecemos entre os relatos sobre as vivências do trabalho, com o conteúdo analisado dos documentos oficiais e, os efeitos na subjetividade dos trabalhadores da Saúde Mental e da Saúde da Família que lidam com usuários em situação de sofrimento mental, foram elaborados a partir do processo acima citado. Durante todo esse processo de organização, interpretações e análises que se retroalimentaram, dialogamos também com nosso referencial teórico, a Psicodinâmica do Trabalho, e com alguns autores da Saúde Coletiva que tratam do tema gestão e trabalho em saúde pública.

Dando sequência ao desenvolvimento deste texto, é pertinente informar que a análise que será apresentada no capítulo 4, foi elaborada ao longo dos encontros com as equipes de Saúde Mental e Saúde da Família dos três Centros de Saúde do Distrito Sanitário Nordeste da cidade de Belo Horizonte. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas coletivas que aconteceram entre junho e novembro de 2010. O conteúdo dali levantado, soma-se, aos retornos obtidos nas reuniões de discussão da primeira versão da análise que ocorreram entre maio e julho de 2011.

Já o próximo capítulo, capítulo 3, abordará a análise que realizamos sobre a documentação oficial do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde da PBH, quando buscamos contextualizar o trabalho em saúde mental desenvolvido na Atenção Primária.

4 - CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO EM SAÚDE: UM OLHAR A PARTIR DA POLÍTICA OFICIAL

[...] o campo de saúde- que engloba não só a prática técnica e social, mas ainda os conteúdos normativos das políticas públicas- é apreendido como histórico e social.” (Pereira; Rizzi & Costa, 2008, p. 30 apud Lancman, 2008, grifos nossos).

Nosso tema de pesquisa está circunscrito pelo objetivo principal que consistiu em buscar compreender possíveis relações entre o trabalho com saúde mental na Atenção Primária e a subjetividade dos profissionais das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família. Consideramos, como apresentado em momento anterior deste trabalho, saúde pública um campo atravessado pelas necessidades sociais como também pela organização tecnológica disponível a cada momento histórico. Isto é, as políticas de saúde visam, de acordo com o governo em gestão, a atender às demandas da população observadas a partir de disputas e embates que resultam no âmbito político-jurídico, em determinadas Leis e Portarias (Fleury, 2008; 2009). Tais instrumentos normativos visam a dar direções aos programas e ações em um âmbito técnico-assistencial, ou seja, objetivam colocar regulações para a prática. (Fleury, 2008; Amarante, 1999).

Analizamos os documentos oficiais- que versam sobre a legislação e programas de saúde, enquanto uma fonte de informações capaz de contextualizar e dar subsídios a respeito das regulamentações e também, daquilo que estamos denominando de prescrições para o trabalho em saúde. Assim sendo, em nosso estudo não discutimos a pertinência da documentação, focalizamos as relações entre as possíveis prescrições evidenciadas e como estas são vivenciadas, elaboradas e reinterpretadas na prática desenvolvida pelos profissionais da Atenção Primária.

Tendo em vista nosso objetivo, escolhemos os documentos relativos ao SUS:

- a) Lei Orgânica de Saúde (BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências);
- b) Portaria sobre a Política Nacional para Atenção Básica (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família – PSF, e o Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS);

- c) Portaria sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF).
- d) Lei de direitos da pessoa com transtorno mental (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).

A escolha por tais documentos justifica-se, também, por representarem as principais reformulações da organização da rede de assistência e do funcionamento da Atenção Básica e saúde mental na Atenção Primária, para todos os municípios do Brasil. A análise aqui proposta, soma-se a que foi realizada na seção 3.3 do presente capítulo em relação aos documentos da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura de Belo Horizonte, referentes a atenção à Saúde Mental na rede de assistência da Atenção Primária, uma organização de trabalho que vem sendo estruturada nessa cidade desde 1985, quando, segundo Ferreira Neto (2008), se alocaram as primeiras equipes de Saúde Mental em alguns Centros de Saúde do SUS-BH.

Nosso foco principal foi identificar as principais atividades preconizadas a serem desenvolvidas em saúde mental na Atenção Primária, as quais, idealmente, deveriam ser realizadas de forma conjunta pelas equipes- Saúde Mental e Saúde da Família, alocadas nos Centros de Saúde, com especial atenção ao momento do matriciamento.

Algumas questões orientaram a leitura dos documentos mencionados: qual configuração do contexto de trabalho é possível descrever a partir da análise documental sobre a legislação da Saúde Mental na Atenção Básica? Há prescrições postas para o trabalho em saúde?

Ao buscarmos contextualizar, a partir das políticas oficiais, o trabalho em saúde mental realizado na Atenção Básica, estamos, dessa forma, considerando a documentação oficial como uma fonte do trabalho prescrito, tendo em vista chegarmos a identificar possíveis ressonâncias dessa configuração na implementação de práticas no trabalho de profissionais da SM e SF, que atuam em Saúde Mental nos Centros de Saúde.

A leitura dos documentos como mencionado, não objetivou sua problematização, já que nossa escolha metodológica foi tê-los como referências para o contexto e possíveis prescrições do trabalho em saúde.

Fizemos com base nas orientações proposta por Minayo (1999, p. 234-235) sobre análise dialética, uma leitura aproximativa para conhecimento geral dos conteúdos existentes nos referidos documentos. Em uma primeira etapa realizamos a ‘ordenação de dados’ com leituras sucessivas para nos familiarizarmos com o conteúdo e contextualizarmos o trabalho em Saúde Mental na Atenção Primária. Esse processo descortinou uma trama histórica que ora afirmava coerências, ora confirmava contradições entre o normatizado em Lei e Portarias e, as exigências para o trabalho em saúde na Atenção Básica. (Anexo: Quadro de Ordenação de Dados da primeira etapa da análise de documentos).

Paralelamente a esse trabalho de leitura minuciosa, duas entrevistas de aproximação foram realizadas, quando empreendemos um movimento dialético, um ir e vir entre as categorias teóricas e as categorias empíricas que extraímos desses encontros²⁵. Momento decisivo para reelaboração de nossas perguntas, objetivos e hipóteses.

Em uma etapa final tratamos de elaborar uma síntese aproximativa e provisória do dinâmico e complexo contexto de trabalho com saúde prescrito nos documentos analisados.

4.1 - SUS

Neste item abordamos aspectos dos documentos relativos ao SUS e Atenção Básica. Em 19 de setembro de 1990, implantou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080 - Lei Orgânica de Saúde, assinada pelo primeiro presidente eleito diretamente pela população brasileira na redemocratização que se deu após vinte anos de ditadura militar no país.

O Art. 2º da Lei 8080, de 1990, salienta que saúde é um direito fundamental do ser humano e é dever do Estado prover condições. Condições especificadas nessa mesma Lei como sendo a capacidade de formular e executar políticas econômicas e sociais que visem: *“redução de riscos de doenças e de outros agravos; estabelecimento de condições que assegurem acesso Universal e Igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

²⁵ Ecléa Bosi (2003), afirma que a entrevista de aproximação, um dos recursos para se iniciar uma pesquisa, é como uma conversa entre amigos, ‘uma conversa onde se estabelece uma relação de confiança’. Contamos com a participação de uma pesquisadora da área de saúde pública, Luciana Kind, em abril de 2009. Outra entrevista de aproximação foi com pesquisador e psicólogo da Atenção Primária da Prefeitura de Belo Horizonte, João Leite Ferreira Neto, em junho de 2009.

A mencionada Lei nº 8.080, de 1990, também especifica o que se entende por Universalidade, como sendo o acesso aos serviços de saúde em “*todos os níveis de assistência*”. Já a Integralidade é definida como assistência articulada e contínua “*das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.*”

Para fazer valer esses princípios básicos norteadores do funcionamento do sistema público brasileiro de saúde em consonância com os princípios da democracia que se buscava consolidar enquanto regime político do país, em 28 de dezembro de 1990 promulga-se a Lei nº 8.142. Essa lei define a funcionalidade do sistema de saúde no Brasil, estabelecendo a participação da sociedade civil através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Demarca-se, então, o controle social do SUS pela via dos Conselhos e Conferências, enquanto fóruns de participação de trabalhadores, gestores da saúde e de representantes da população para discussão e deliberações de propostas de Leis e Portarias do MS. Viabilizam-se, assim, fóruns de participação civil nas decisões das políticas, programas e ações em saúde. Uma participação, contudo, que não é universal e nem integrada a toda população brasileira, dada a desigualdade social que perpassa nossa organização social, como bem posto por Fleury (2006; 2009) e Chon (1994; 2006).

Ao longo dos anos o sistema de saúde foi passando por transformações, com retrocessos e avanços, advindos de conflitos de interesses entre os atores sociais presentes nos fóruns de decisões políticas. Verificavam-se, nesse contexto, divergências quanto às demandas da população brasileira em relação à saúde.

Outro componente dessa dinâmica foi a abertura do sistema para a iniciativa privada, que surge em concordância com as exigências de órgãos internacionais para fornecer subsídios e apoio financeiro aos sistemas de saúde de países em desenvolvimento. Nesse processo histórico, dinâmico e complexo propõe-se que o sistema de saúde brasileiro se organize tendo como foco prioritário a assistência territorial.

Ressalta-se que, em 28 de março de 2006, o MS promulgou a Portaria nº 648/GM - Política Nacional de Atenção Básica, sendo esta definida como a modalidade que coaduna o conjunto de ações de saúde tanto na promoção, proteção da saúde, quanto na prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Nota-se que Atenção Básica à saúde passa a ser o modelo abrangente para direcionar a assistência à saúde no território de convivência da população usuária ou que venha a demandar os serviços de saúde. (Brasil, 2006).

Para o nosso objeto de interesse, especificamente quanto ao trabalho em saúde mental na Atenção Primária, esses documentos oficiais do Ministério da Saúde fornecem orientação, tanto no âmbito da assistência como no da gestão para os municípios implementarem os respectivos serviços de saúde em suas territorialidades com efeitos diretos no processo de trabalho em saúde. Esse cenário foi verificado no caso de Belo Horizonte, com as interpretações e ajustes do governo e das coordenações nos diversos momentos históricos.

A seguir destacaremos os pontos de interface entre as políticas de saúde, os programas e o trabalho a ser desenvolvido.

Como esperado, os documentos e dados oficiais do governo não fazem nenhuma menção sobre aspectos que incluem trabalho e subjetividade. Então, direcionamos nosso interesse para o tema relativo à saúde do trabalhador. Isto é, buscamos analisar a referida legislação tendo em vista as possíveis menções sobre os seguintes temas: trabalho, matriciamento e a saúde do trabalhador. Tais temas extraídos do processo analítico acima descrito são os que orientam a apresentação a seguir.

4.1.1 O trabalho em saúde

A partir da análise da Lei nº 8.080/1990 e das Portarias de Política Nacional da Atenção Básica- GM/648 de 2006 e sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Portaria nº 154/GM de 2008, nota-se que, com o passar dos anos houve consideração a respeito do processo de trabalho, principalmente nos fatores de Avaliação. É significativa a presença, nessa documentação, de diretrizes, com fluxos e padrões para os municípios implementarem processo avaliativo do trabalho, correlacionando diretamente ao cumprimento de metas, o acesso de verbas para implantar programas de saúde.

Destacamos que a Avaliação do trabalho, para Dejours (1993c, p. 39) é um processo complexo e com limitações estruturais, já que para a psicodinâmica o trabalho implica “*Preencher o espaço entre o prescrito e o efetivo*”. Nesse sentido, cabe a seguinte questão: como avaliar o trabalho realmente desenvolvido? Nessa perspectiva, torna-se inviável um processo avaliativo que seja resolutivo e efetivo, tendo em vista a existência de dissonâncias advindas das relações intersubjetivas que perpassam o trabalho com seus jogos de poder, os constrangimentos e barganhas decorrentes, além das astúcias e defesas do coletivo de trabalho elaboradas e mantidas em segredo. Avaliar o trabalho implica, portanto, atribuir valores entre

o que foi predeterminado e o que é executado, sendo que muito do que é feito não é explicitado e, muitas vezes, não é passível de ser avaliado.

O ‘bom trabalho’ se faz exatamente na infração das normas, ou seja, “*Trabalhar, ao contrário, é agir com zelo, e no caso, é procurar ajustar as prescrições que muitas vezes implicam artimanhas.*” (Dejours, 1993c, p.43). Há, então, de se problematizar o fator Avaliação, que está presente nos documentos analisados que abordam a Atenção Básica, surge com tanto destaque, porque, além da complexidade do processo, como exposto acima, avaliação é um mecanismo de controle clássico, sobre o trabalhador e a sua produtividade.

O fator de avaliação, tal como aparece nesses documentos, nos parece preocupante, pois revela também uma significativa assimilação da lógica produtivista pelas políticas públicas e, por conseguinte, sua adoção na gestão dos serviços, a qual ocasiona desdobramentos diretos sobre o trabalhador da saúde. Conforme atesta análise empreendida por Campos (2010), o modelo de gestão produtivista centraliza as decisões e descentraliza os mecanismos de controle sobre o trabalhador. Uma lógica que passa a ser adotada pelo Governo Federal e que ressoa na gestão municipal de saúde, o modelo de gestão produtivista com metas e avaliação quantitativa do trabalho adentra os programas de saúde, com amparo político-jurídico, através das Portarias continuamente editadas com objetivos diversos, como se pode verificar a partir das Portarias nº 648/GM-06 e nº 154/GM-08, e nos respectivos anexos.

Outro aspecto a ser destacado a partir da leitura dos referidos documentos é o tema que aborda o trabalho em território (Adscrição e Território), por comparecer expressivamente. O trabalho intersetorial implica fazer e manter interfaces com outras unidades de saúde tanto em relação aos outros equipamentos da comunidade circunscrita, quanto no respectivo município. Portanto, a intersetorialidade pretendida nas Portarias analisadas, se faz através do trabalho em rede tendo em vista a expansão, para além das fronteiras das Unidades de saúde, da ação das equipes alocadas na Atenção Básica.

O trabalho em rede, contemplado nas duas Portarias mencionadas, que visam ao fortalecimento e à expansão do SUS, é proposto como estratégia que consegue acolher as necessidades do território, ou seja, atender as especificidades da população no local em sua dinâmica de vida, de trabalho, de relações, enfim, dentro das peculiaridades próprias do campo de relações de certa coletividade que convive em determinada comunidade.

Essa diretriz tem desdobramentos no trabalho das equipes na Unidade Básica de Saúde, em relação às demais diretrizes postas, como a que estabelece a construção de ‘gestão

colegiada/democrática’; a ‘vinculação com os usuários comprometida com a promoção de saúde e de responsabilidades’.

As principais referências para o trabalho em saúde passam, nos documentos analisados, a ser a saúde coletiva e a clínica ampliada que se fazem circunscritas ao trabalho em rede. A saúde coletiva é, assim, entendida como “[...] *resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos deste processo*”. (Brasil, 2006, p.14). Percebemos, da citação acima, a extensão que essa concepção coloca para o trabalho além da clássica referência biomédica. Já a noção de clínica ampliada acompanha diretamente a perspectiva de trabalho em rede, sendo este entendido como um trabalho que ultrapassa tanto as especialidades, quanto as fronteiras físicas da unidade de saúde:

[...] **organização da atenção e do cuidado envolve**, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer, e **aqueles que visem ao espaço além dos muros da unidade de saúde e do sistema de saúde**, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. (Brasil, 2006, p.15. Grifos nossos).

Ressalta-se que a atual modalidade de organização da assistência voltada para o trabalho extra-muros da Unidade de Saúde e uma clínica extra-especialidades da formação acadêmica, colocam desafios complexos para os profissionais das equipes dos Centros de Saúde, não apenas relativos ao número crescente de usuários a serem acolhidos, já que as portas da UBS são ‘abertas’, mas também pela exigência que esse tipo de organização do trabalho traz para o trabalhador da saúde na Atenção Básica, quanto ao manejo de diferentes demandas e exigências quanto à múltiplas habilidades e conhecimentos.

Diga-se, por fim, que apesar de não haver consenso conceitual sobre os termos postos sobre o trabalho em saúde- clínica ampliada / trabalho em rede (Campos, 2003; Onocko Campos, 2005), estes são apresentados como parâmetros para a implementação de programas e ações, propostos pelas políticas em vigor através do aparato político-jurídico da legislação.

4.1.2 Matriciamento

Outro tema em destaque é o matriciamento, que, nos documentos estudados, aparece principalmente como Educação Permanente e Formação/Capacitação. A Supervisão Clínica, que também retrata um eixo do apoio por outro lado, é abordada somente nas Portarias da Atenção Básica e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O que faz certo sentido, já que o NASF enquanto núcleo de apoio, deverá se integrar a rede de assistência à saúde, articulando o trabalho de diferentes especialidades, com o trabalho dos profissionais generalistas alocados, da seguinte forma, nas Unidades Básicas de Saúde- 1 médico da família; 1 enfermeiro e 2 auxiliares; 3 a 6 agentes comunitários de saúde. (Brasil, 2006).

Há, no contexto acima descrito, um ponto de direcionamento para a oferta da assistência à saúde para além dos espaços institucionalizados, ou seja, surge a noção de trabalho em rede e no território, sustentada nos princípios de vinculação e co-responsabilidade (Portaria GM/648, de 2006), que vai ao encontro dos princípios defendidos pela reforma psiquiátrica brasileira, na qual a reinserção social e cidadania da pessoa com sofrimento mental, se consolidam pela assistência à saúde mental no próprio território de relações e convivências desse sujeito. Por outras palavras, tem-se o objetivo de (re)integrar o ‘louco’ em seu espaço de convivência.

Esse quadro, por sua vez, demanda uma assistência em formato de rede, ou seja, uma assistência que para além das especialidades de saúde mental, possa contar também com outros serviços e apoio comunitário, o que, hoje, o Ministério da Saúde denomina ‘assistência intersetorial’, tendo na Atenção Básica a principal ‘porta de entrada ao sistema de saúde.’ (Brasil, 2004).

Nessa conjuntura dentre outras tantas questões, coloca-se o desafio do trabalho em saúde mental na Atenção Primária. Trata-se de um trabalho complexo, com demandas crescentes quanto ao acolhimento e vinculação a serem construídos com uma população que tem uma organização psíquica distinta, com modos de vida peculiares, o que se agrava quando a UBS se localiza em comunidades com carências de recursos.

O trabalho em saúde mental na Atenção Primária ganha contornos extensos e complexos, conforme diretrizes e ações propostas pelas Portarias analisadas. Pode-se, portanto, realizar o seguinte questionamento: o que a legislação de saúde pública aplicada à Atenção Básica e ao NASF considera como saúde do trabalhador? É o que se buscará

responder no próximo subitem, tendo em vista aproximarmos do tema central de nosso trabalho, que articula trabalho e subjetividade no cuidado à saúde.

4.1.3 Saúde do trabalhador da saúde

Como acima exposto, estamos considerando saúde do trabalhador como um tema que potencializa a aproximação da análise do nosso objeto de investigação: trabalho e subjetividade na atenção à saúde mental realizada na UBS.

A Lei Orgânica da Saúde, 8.080 de 1990, faz considerável colocação sobre a saúde do trabalhador em geral, e ainda inclui as condições e ambiente de trabalho, abordando também, os riscos e danos presentes no trabalho. Em contrapartida, é muito relevante o quanto se ignora sobre a saúde do trabalhador nas Portarias da Atenção Básica e do NASF, mesmo sendo estas as que estabelecem as atuais diretrizes organizativas para assistência à saúde em âmbito nacional e a organização do apoio de especialistas ao trabalho dos profissionais da Saúde da Família que são generalistas. À exceção da lei que institui o SUS, a saúde do trabalhador não é explicitamente considerada, mesmo quando se trata de normas para reorganizar os serviços, o que se sabe, gera desgastes e danos à saúde daqueles que ali estejam envolvidos.

Podemos considerar até o momento, que as Portarias analisadas buscam a integração da rede de assistência primária à saúde, via Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde. Uma rede em construção e mantida na relação com os usuários em sua respectiva territorialidade, inclui-se, portanto, a integração dos usuários de saúde mental, as pessoas em sofrimento mental como também usuários da rede da Atenção Básica. Tem-se, então, um modelo que se consolida na direção dos pressupostos básicos do SUS- Universalidade, Integralidade e Equidade- e que se encontra em fase de consolidação com as contradições inerentes ao momento histórico.

Uma vez tecidos os apontamentos acima, desenvolvidos a partir daquilo que acessamos na análise dos documentos sobre Atenção Básica e NASF, passaremos, a seguir, de maneira mais direta ao tema da saúde mental.

4.2- Saúde Mental

Os documentos que implementaram o CAPS, o arranjo do apoio matricial, assim como a Lei 10.216/2001, são propostas que têm como premissas básicas princípios que norteiam o funcionamento do SUS - Universalidade, Integralidade e Equidade. Tal fato evidencia a necessidade de que a leitura de tais documentos levasse em consideração o processo histórico da implementação do SUS, observando o modo como os textos propõem a utilização destes princípios na prática cotidiana dos serviços de saúde mental, e mais recentemente do trabalho com saúde mental na Atenção Primária.

O que se percebe, ao se analisar as Leis e Portarias que regulamentam as práticas em Saúde Mental, é uma alteração no discurso – que se espera ser o fomentador da prática – em relação ao tratamento do portador de sofrimento mental. O que se propõe a exemplo da Portaria nº 154/GM, de 2008, portaria não específica do campo da Saúde Mental, mas que regulamenta ações deste último, quanto à proposição de articulação com as Equipes de Saúde da Família. Na Portaria acima citada, quase vinte anos depois do projeto 3657/1989, apresentado pelo Deputado Paulo Delgado (projeto que iniciou o debate produtor da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como lei reforma psiquiátrica), a noção de reinserção social no território do usuário, através da formação de uma rede de cuidados, é o que norteará o trabalho em saúde mental, especialmente junto com a equipe de Saúde da Família na rede de Atenção Primária.

4.2.1 O trabalho em saúde mental

A Lei nº 10.216/2001 praticamente ignora o tema trabalho em suas proposições. Se por um lado a ênfase dada na época histórica foi para os ‘direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais’, em contrapartida não houve nenhum destaque sobre os componentes do processo de trabalho para o profissional da saúde mental, que deverá ter condições para viabilizar, ou não, este novo ordenamento de assistência. Já as Portarias nº 224/1992 e nº 336/2002, sobre a assistência à saúde mental substitutiva ao aparato hospitalar-manicomial, fazem considerações sobre o trabalho, especialmente sobre as atividades a serem

desenvolvidas no território e em maior frequência aparecem considerações sobre o trabalho de equipe multiprofissional e a intersetorialidade. Ou seja, já se explicitava nestes documentos, a necessidade do trabalho em rede da saúde mental junto com outros equipamentos de saúde a fim de viabilizar a substituição do aparato manicomial por serviços substitutivos. O que ganhou destaque a partir de 2006 com as políticas de Atenção Básica, e o NASF em 2008, para todo município brasileiro.

Uma publicação da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) apresenta relatos de experiências dos trabalhadores da saúde mental (Nilo et al, 2008) explicita a necessidade de articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica. Articulação considerada nos termos de ‘condicionantes’ para viabilizar e ampliar o movimento antimanicomial deste município, o que vem se operando, ainda que em meio a conflitos de interesses dos diferentes atores sociais envolvidos com a saúde pública e a saúde mental no município.

Relatando a experiência em Belo Horizonte, na referida obra da SMSA-BH, Oliveira (2008) comenta que existe uma proposta de construção de um trabalho territorial que permite aos trabalhadores da saúde mental juntamente com os da Saúde da Família organizarem trabalhos conjuntos. Tal proposta também é discutida em outro documento da PBH intitulado *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Neste documento “o conceito de território é o ordenador político-social dos serviços e ações, muito mais que um ordenador espaço-temporal” (Turci, 2008). Território é algo a ser construído através de ações coletivas permitindo a produção de vínculos e o reconhecimento de recursos da comunidade:

O trabalho territorial é processual e deve ser construído na articulação entre diferentes ações: aquelas diretas, das visitas domiciliares, dos vínculos com os familiares, dos diálogos com a vizinhança, com as pessoas do bairro, e aquelas relativas às parcerias com instituições que tecem esse território, sendo necessário atravessá-las para poder confrontar resistências e discriminação, ampliar oportunidades, abrir espaços, detectar problemas, mas também recursos. (Turci, 2008, p.107-108).

Uma articulação que possibilita “*agendar visitas domiciliares, decidir pela busca de parcerias com outras instituições, esclarecer as competências de outros equipamentos da Rede de Saúde Mental [...] e etc.*” (Oliveira, 2008, p.22). Ou seja, este redirecionamento da assistência para além dos muros das Unidades de Saúde, exige a construção de uma outra lógica para os processos de trabalho em saúde, para além das especialidades que são reiteradas na formação. O trabalho na UBS ganha mais complexidade.

4.2.2 Matriciamento.

A proximidade almejada entre os especialistas da equipe de Saúde Mental e os profissionais generalistas das Equipes de Saúde da Família, como propõe o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) deverá ser organizada, também através do arranjo organizacional do apoio matricial. Este arranjo metodológico prevê para o profissional da Saúde Mental fornecer apoio – ao modo do NASF – as equipes de Saúde da Família no que diz respeito às conduções dos casos de sofrimento mental (Brasil, 2008).

O apoio matricial *“visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população”* (Brasil, 2003). Destaca-se que apenas a Portaria nº 154/GM, de 2008, faz considerações sobre o matriciamento quanto a Formação / Capacitação e Supervisão Clínica, através de especialistas e, quando se tratar de demandas de saúde mental os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, poderão exercer um apoio matricial às equipes de Saúde da Família. Entretanto, dependendo da extensão e número da população adscrita para a Unidade Básica de Saúde, como é o caso de um município populoso como Belo Horizonte, o matriciamento vem acontecendo também por meio do trabalho dos especialistas- psiquiatras e psicólogos das equipes de saúde mental, alocadas em UBS, junto aos profissionais das equipes de Saúde da Família de uma mesma área de abrangência.

Espera-se que com o apoio dado pelos especialistas ocorra uma co-responsabilização pelos casos atendidos no território das equipes de Saúde da Família, evitando, assim, a lógica de encaminhamento. No âmbito da saúde mental, neste sentido, é esperado que a partir deste apoio – efetivado por psiquiatras e psicólogos, da Equipe da Saúde Mental, a equipe local generalista tenha a sua capacidade resolutiva aumentada. Assim, a partir das diretrizes normativas da legislação analisada sobre a articulação entre os especialistas das equipes ESM com os profissionais generalistas da Saúde da Família, espera-se que os casos de sofrimento mental possam ser acompanhados no território do paciente. (Brasil, 2003; 2006; 2008).

Aspectos dessa natureza puderam ser observados durante as observações nos serviços de saúde e entrevistas que realizamos com equipes da SF e SM em nossa pesquisa, ao focalizarmos o matriciamento da Equipe de Saúde Mental junto as equipes de Saúde da Família de uma região da cidade de Belo Horizonte. Reuniões com vistas a fomentar a capacitação dos generalistas- médicos da família, enfermagem, auxiliares e agentes comunitários de saúde para acolherem as pessoas em sofrimento mental. Entretanto, as

condições de trabalho, o número de atendimento por turno de trabalho, as especificidades e complexidade dos casos, tem tomado um tempo predominante das equipes de SF, gerando ausências, principalmente de médicos generalistas, nas reuniões de apoio matricial, limitando por consequência a resolubilidade destes encontros, conforme proposto nas Portarias analisadas. Contexto que será analisado mais detalhadamente no próximo capítulo.

4.2.3 Saúde do trabalhador da saúde.

É significativa a defasagem existente entre as diretrizes políticas e normativas para saúde como direito social e universal de todo cidadão e uma atenção específica à saúde do trabalhador. Isto é, há significativa desconsideração nas Portarias analisadas sobre o SUS_ Portarias da Política Nacional da Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Família. O que também se constata na legislação analisada sobre a Saúde Mental - Lei nº 10.216/2001 que regulamenta direitos do usuário portador de sofrimento mental e as Portarias que organizam os serviços substitutivos CAPS e afins.

A este respeito apenas a Lei nº 8.080, de 1990, faz considerações consistentes, já a Lei nº 10.216, de 2001, faz dois pequenos apontamentos sobre as condições de trabalho e os possíveis danos / riscos à saúde do trabalhador. O trabalhador como operador central da efetividade das políticas de saúde através do seu trabalho, da ação de acolher, vincular, co-responsabilizar, promover a saúde, e/ou tratar, curar e prevenir a doença também é um cidadão de direitos, inclusive do direito social e universal à saúde. É instigante, para dizermos o mínimo, esta desconsideração acerca da saúde do trabalhador da saúde na legislação analisada. E como o município de Belo Horizonte vem se organizando neste processo histórico e complexo da saúde mental na Atenção Primária é o que trataremos em seguida.

4.3 - Saúde Mental na Atenção Primária em Belo Horizonte

Os documentos produzidos pelas coordenações- Saúde Mental e Gerência de Assistência (onde se inclui a Atenção Primária), vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH) são as referências principais do presente

tópico. Lemos também publicações de especialistas da saúde mental que atuam na rede de Atenção Primária do SUS-BH, tendo em vista a apresentação de um breve histórico e as proposições idealizadas para a integração da atenção à SM na rede de Centros de Saúde da Atenção Primária.

4.3.1 A rede SUS-BH: Atenção Primária

A capital do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, foi fundada em 12 de Dezembro de 1897 e conta com 113 anos de existência dinâmica e com movimento político na saúde que vem conquistando avanços mesmo diante de contradições e disputas nas arenas políticas do Município. Uma cidade projetada para abrigar um contingente populacional que, ao passar dos anos, cresceu para além do previsto com um processo de industrialização e ocupação urbana desorganizados. Os efeitos são múltiplos e na saúde em especial, as desigualdades econômicas e sociais revertem em significativos índices de risco e epidemiológicos: “*Nos anos 80 com o processo de industrialização consolidado, registrava-se uma trágica estatística: um em cada quatro habitantes de Belo Horizonte morava em vilas e favelas.*” (Belo Horizonte, 2009, p. 4). A partir dos anos de 1990, o governo municipal com posse da gestão popular, passa a focalizar as políticas públicas para investimentos onde se encontravam as maiores necessidades. Nesse contexto é que se iniciam os embates, disputas e decisões sobre os planos e ações para o engendramento do SUS-BH.

Os dados do IBGE de 2010 contabilizam uma população na cidade de Belo Horizonte, de dois milhões e quinhentas mil pessoas, que somados à população da região metropolitana, que também é usuária da rede de assistência de saúde do SUS-BH, aproxima de 5 milhões de pessoas. (Belo Horizonte, 2005). O governo municipal subdivide a cidade em nove áreas administrativas que também representam os nove Distritos Sanitários de saúde: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. A territorialização se fundamenta tanto em dados de senso demográfico, quanto em indicadores epidemiológicos. Um indicador usado por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), denominado de Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), tido como indicador de risco, segundo o documento do plano estratégico para a saúde para o período de 2009/2012, é referência junto com os indicadores do IBGE e epidemiológicos, para estruturação e responsabilização dos distritos sanitários da Prefeitura de Belo Horizonte e

seus equipamentos de saúde, com a respectiva adscrição populacional. (Belo Horizonte, 2009).

A distribuição de habitantes por região considerada pela PBH como população por unidade de planejamento, realizada no ano de 2000, revela na região Nordeste, onde se localizam as três UBS que fizeram parte do nosso estudo, um total de 274.060 pessoas vivendo ali, compondo a segunda região administrativa mais populosa da capital mineira. (Belo Horizonte, 2005). O Distrito Sanitário Nordeste, é, portanto, a segunda regional de maior densidade demográfica, e pode-se considerar o acréscimo destes números – população e moradia, haja vista a expansão da cidade, com crescimento tanto vertical quanto na extensão territorial, ao longo destes últimos dez anos.

Em cada distrito sanitário da PBH encontra-se entre quinze a vinte Centros de Saúde (sendo no Distrito Nordeste a composição de 20 UBS em razão da densidade populacional e os indicadores epidemiológicos e de risco à saúde); Unidade de Referência Secundária; Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM/correspondente ao CAPS); Unidade de Pronto Atendimento/UPA; e a rede hospitalar pública e/ou contratada. A rede de assistência municipal, denominada SUS-BH, hoje conta os equipamentos de saúde: 145 CS; 06 UPA; 05 Unidades de Referência Secundária; 09 CERSAM; 09 Centro de Convivência; 03 Centro de Reabilitação; 02 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador; 1 hospital próprio e 36 conveniados.

Um índice utilizado pela SMSA-BH, o Índice de Vulnerabilidade de Saúde, foi um ordenador da organização tanto dos Distritos Sanitários quanto da composição e alocação das equipes de Saúde da Família, com prioridade para áreas de alto e médio risco. A partir de 2002 a SMSA-BH investe, prioritariamente, na estratégia política e programas da saúde da família e, desde então, esta modelagem vem se desenvolvendo na rede de assistência do SUS-BH. As equipes de Saúde da Família atendem a 75% da população, só não estando presente nas áreas de baixo risco. O documento da PBH defende o investimento nessa estratégia por acreditarem que esta política viabiliza a expansão do SUS no Município:

O Sucesso dessa política [PSF], associada ao equilíbrio financeiro e o investimento na atenção especializada (consultas e exames especializados), e na regulação do sistema vem demonstrando que vale a pena investir na gestão pública de saúde, e que o SUS é viável, mesmo em municípios com grande complexidade, como Belo Horizonte, que se tornou referência nacional na implantação do SUS, dentre as capitais. (Belo Horizonte, 2009, p. 6.).

A estruturação do SUS, no município de Belo Horizonte, encontra-se desde a implantação da Lei Orgânica de Saúde, a Lei 8.080, de 1990. Foi a primeira cidade do Estado de Minas Gerais a municipalizar as unidades básicas antes vinculadas à gestão estadual. Em 1994 iniciou-se a gestão semiplena com a construção efetiva do sistema municipal de saúde (Belo Horizonte, 2005, p.77): “*A partir desta gestão desenvolve-se um processo vigoroso de expansão da rede básica, as unidades especializadas de apoio diagnóstico, rede de urgência e de saúde mental*”. Em 2002, iniciaram-se mudanças para a organização da atenção básica com a contratação de profissionais para montagem das equipes de SF, conforme agenda proposta à época pelo Ministério da Saúde. Em 2003, já totalizavam mais de 500 equipes de SF, expansão que se deu através do BH Vida: Saúde Integral. O SUS-BH toma esse programa de orientação da Atenção Primária, como uma estrutura do *modus operandi*, que foca a família e a comunidade circunvizinha e vincula-os a uma equipe de SF com base na organização territorial. (Belo Horizonte, 2005).

A gestão municipal adota o conceito de ‘Linha de Produção de Cuidado’ como eixo ordenador da assistência que tem como objetivo a integralidade, demarcando o projeto terapêutico para o usuário, usando a referência da UBS. Para isto as diretrizes que estão postas para o trabalho da equipe se voltar para o acolhimento criando vínculo e responsabilização pela respectiva microárea. O que significou dentre outros desafios, segundo o próprio documento da SMSA-BH, em: “*Produzir uma grande capacidade de interlocução, negociar, e implicação de todos os atores dos diversos níveis assistenciais.*” (Belo Horizonte, 2005, p.85).

O governo municipal coloca que em torno de 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção Primária (Belo Horizonte, 2009). Nota-se, com o acima exposto, que desde o planejamento municipal para a saúde, para o período de 2005/2008, já se delimitava significativo aporte de trabalho e de responsabilidades múltiplas para as equipes de SF e SM alocadas nos Centros de Saúde, com potencialidades de realizações e também com significativos desafios e desgastes para esses trabalhadores.

Na análise dos documentos citados, percebe-se que o governo municipal de Belo Horizonte vai organizando assistência à saúde buscando seguir as diretrizes postas pelo Ministério da Saúde, no que tange a organização da Atenção Básica. Um processo que se dá em meio à embates e disputas políticas nos respectivos fóruns municipais.

A referência em vigor tanto nas Portarias do Ministério da Saúde quanto nos documentos da SMSA-BH, quanto a organização da rede de assistência da Atenção Primária voltada para o território, coloca um novo determinante para os processos de trabalho em

saúde, especialmente para o acolhimento da população em situação de sofrimento mental, pelas equipes de SF e SM. O planejamento político para o SUS-BH, para o período de 2009-2012, expressa o porte do desafio que se apresenta para o trabalho das equipes alocadas nos Centros de Saúde: *“Esse é o grande desafio: reestruturar a agenda das ESF buscando equilíbrio entre ações de promoção, prevenção ou assistencial em saúde e atenção aos pacientes agudos e crônicos na UBS.”* (Belo Horizonte, 2009, p.17). O que será discutido no próximo capítulo com base nas entrevistas coletivas com profissionais de três UBS do Distrito Sanitário Nordeste. A seguir apresentaremos as diretrizes do governo municipal para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária.

4.3.2 Saúde Mental no SUS-BH.

O Programa de Saúde Mental foi oficialmente implantado em Minas Gerais em 1984 por meio do governo Tancredo Neves. Neste momento, havia dedicação a ações de prevenção em nível primário com o objetivo de integrar a saúde mental nas atividades básicas de saúde. A atuação era voltada para demanda infantil, para a participação em outros programas em andamento nas unidades e conselhos de saúde e, para atuação junto a instituições comunitárias. (Ferreira Neto, 2008).

Em 1985 formaram 23 equipes de Saúde Mental para atuarem em 18 Centros de Saúde e em cinco unidades em serviços de pronto atendimento e da rede hospitalar. As equipes eram estabelecidas como referência secundária. Nesse contexto destaca-se a visão de que o Programa de Saúde Mental deveria basear-se numa concepção integral de saúde, no trinômio bio- psico-social.

A Lei de 21 de março de 1990 dispõe sobre a Lei Orgânica do município de Belo Horizonte. Conforme descreve Ferreira Neto (2008, p. 25) os anos 1990 data da aprovação da referida lei, é descrito como momento antimanicomial em que se dava início a construção de dispositivos substitutivos ao hospital, os centros de convivência e os centros de referência em Saúde Mental no município de Belo Horizonte. Nesse sentido a própria lei destaca a *“formulação e implantação de ações em saúde mental com ênfase no estabelecimento de política que priorize e amplie atividades e serviços preventivos e extra-hospitalares”*.

Em um segundo momento do processo da assistência à saúde mental no município de Belo Horizonte, chamado por Ferreira Neto (2008) de momento antimanicomial (anos 1990),

em desdobramento ao II Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental (1987) e Projeto de Lei nº 3.657/ 1989, começam a ser construídos na gestão Patrus Ananias (1993 a 1996) os primeiros dispositivos substitutivos ao hospital, os Centros de Referência em Saúde Mental - CERSAM. Passava-se a priorizar o atendimento clínico dos pacientes graves nestas unidades substitutivas do Hospital Psiquiátrico.

Um terceiro momento da trajetória da assistência à saúde mental em Belo Horizonte, denominado de Apoio matricial (a partir dos anos 2000) refletiu os esforços de uma integração efetiva entre as equipes de saúde mental - ESM e às equipes de Saúde da Família do município de Belo Horizonte, parceria considerada de grande importância para a sustentação das prioridades do Projeto de Saúde Mental na cidade (Ferreira Neto, 2008).

Neste terceiro momento, em vigor, os serviços de saúde mental visam integrar as equipes de Saúde Mental dos Centros de Saúde com as equipes da Saúde da Família, é uma estratégia política e um desafio a ser enfrentado, para a consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica na cidade de Belo Horizonte. O princípio norteador do movimento da reestruturação da assistência à saúde mental no Brasil é da desinstitucionalização das pessoas portadoras de sofrimento mental, a fim de promover autonomia e cidadania destes sujeitos.²⁶ Estes pressupostos vêm norteando a gestão da coordenação de saúde mental da PBH, *“o que implica na busca de (re)inserção da pessoa com transtornos mentais em seu território de convivências sociais e também em diretrizes postas para o trabalho das equipes de saúde”*. (Belo Horizonte, 2006, p. 37).

Além de proposições relacionadas às ações e serviços de saúde no município o Projeto de Lei nº 212/2009 (Cria o Código de Saúde do Município de Belo Horizonte) faz notada menção a implantação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico o que reflete a política em saúde mental adotada em Belo Horizonte que visa, dentre outras, a progressiva desativação de leitos e hospitais psiquiátricos e a substituição efetiva de sua lógica.

Em relação à Saúde Mental, a cidade de Belo Horizonte construiu um lugar de destaque quanto à organização dos serviços substitutivos à lógica hospitalar manicomial a partir da mobilização política e de lutas de atores sociais aí envolvidos.

²⁶ Na saúde mental a reforma psiquiátrica brasileira ganha representatividade e repercussão a partir da década de 1970 (Souza, 2008). Os pressupostos desta reforma estão sustentados pelo movimento da psiquiatria democrática italiana, sobre a desinstitucionalização da clientela e o desmantelamento da estrutura hospitalar-asilar, que aqui chamamos de movimento da luta antimanicomial_MLA. Modelo que vem orientando o trabalho da gestão e da assistência prestada pelas equipes de saúde mental no município de Belo Horizonte (Souza, 2008; Nilo, 2008).

Em 1993, inaugurou-se o primeiro Centro de Referência de Saúde Mental (CERSAM), serviço substitutivo equivalente ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), isto é, trata-se de um serviço de atenção psicossocial aos cidadãos com transtornos mentais graves e crônicos que viviam asilados nos hospitais psiquiátricos e os casos agudos de crise.

Atualmente a rede de saúde mental da PBH está composta por 7 CERSAMs que funcionam 24 horas/dia, mais 1 CERSAMad para pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas, 1 CERSAMi para crianças e adolescentes; 1 SUP, Serviço de Urgência Psiquiátrica que funciona em parceria com o SAMU; 9 Centros de Convivência que atuam junto à territorialidade dos distritos sanitários; 22 moradias compondo os Serviços Residenciais Terapêuticos; 1 Incubadora de empreendimentos econômicos e solidários; o projeto Arte na Saúde que funciona nos 9 Distritos da cidade para crianças e adolescentes encaminhados pelas equipes- SM e SF da atenção Primária e também pelos CERSAMs. Com atuação direta nas UBS tem-se 67 Equipes de Saúde Mental. (Belo Horizonte, 2008).

Em Belo Horizonte houve um momento histórico decorrente das diretrizes postas pela legislação do Ministério da Saúde, quando os trabalhadores e respectivas coordenações dos serviços substitutivos em saúde mental e das equipes de Saúde da Família atuantes na Atenção Primária, tiveram que decidir sobre um plano de trabalho compartilhado. Como veremos a seguir, trata de um processo ainda em vias de construção em movimentos de retrocessos e avanços.

4.3.3 Saúde Mental na Atenção Primária

No atual planejamento da SMSA-BH, para o período de 2009/2012, decidiu-se por três frentes de ações como prioritárias, que em alguns aspectos mantém as estratégias postas pela gestão anterior, sendo: “*Uma nova forma de organização do sistema, apoiada em três grandes diretrizes: a regionalização da saúde; a atenção primária; e as redes complementar, de urgência e hospitalar.*” (Belo Horizonte, 2009, p.23).

Para se efetivar tal projeto, o governo municipal decidiu por três diretrizes para execução do planejamento: 1) regionalização da saúde: Distritos Sanitários; 2) Atenção Primária: Saúde da Família; 3) Redes: Complementar, Urgência e Hospitalar. A Atenção Primária é posta como o eixo estruturador para todo o sistema SUS-BH, que forma o contexto do nosso estudo, a qual conta até o momento, com 145 UBS e com 67 equipes de saúde

mental. Nesse plano diretor de governo da Prefeitura de Belo Horizonte, o planejamento político para a Atenção Primária do SUS-BH, está estruturado conforme quadro abaixo:

Quadro 2 - Plano Diretor da Saúde da PBH para 2009/2012 - Eixo: Atenção Primária

EIXO	PLANEJAMENTO MACRO-ESTRATÉGICO	PLANO DE AÇÃO PROCESSOS DE TRABALHO	PLANOS LOCAIS E MONITORAMENTO DA ATENÇÃO
ATENÇÃO PRIMÁRIA	1) Plano de expansão da Rede de Atenção Primária à saúde	1) Condução do Plano Diretor da Atenção Primária.	1) Planos locais (UBS) inseridos no Plano Distrital.
ATENÇÃO PRIMÁRIA	2) Discussão da composição das equipes e população adscrita.	2) Implantação da gestão da clínica e protocolos.	2) Contratualização de metas e indicadores a serem acompanhados periodicamente.
ATENÇÃO PRIMÁRIA	3) Integralidade das ações e equilíbrio entre atenção à agudos e crônicos.	3) Plano de ação para todas as áreas que compõe a atenção primária.	

Fonte: Belo Horizonte, Plano Diretor de Saúde da PBH para 2009-2012, p. 8.

A organização da rede de assistência à saúde está sustentada no conceito de território, apresentado como um conceito que extrapola suas disciplinas de origem, o que no plano acima está como ‘Plano de Ação/Processos de Trabalho’, voltado para as áreas que compõem a respectiva Unidade de saúde.

No plano diretor de saúde da PBH, para 2009/2012, apresenta-se o termo na concepção de um espaço além de geográfico, em constante construção pelas relações daqueles que aí estão inseridos: “*Um espaço em permanente construção, produto da dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados em situação, na arena política*”. (Mendes, 1993, p. 166 apud Belo Horizonte, 2009, p. 9).

Podemos considerar, a partir daí, que a organização do sistema de saúde do SUS-BH procura focalizar os espaços relacionais tanto para oferta dos serviços, quanto para o acolhimento das demandas de saúde da população. Dito de outra forma, o território é a referência para a organização da assistência à saúde no município via os distritos sanitários e a responsabilização, como também o território define o escopo de abrangência de cada Centro de Saúde, para o processo de trabalho de cada equipe de SF em relação à microárea que atenderá. Esta noção de território define um tanto do processo de trabalho, isto é, quais famílias e moradias que serão atendidas e se tornarão responsabilidade da respectiva equipe

de Saúde da Família e Saúde Mental: “*Com efeito, a população de responsabilidade de uma equipe de saúde da família vive em territórios de saúde, organiza-se socialmente em famílias e moradias e apresenta condições econômicas diferenciadas.*” (Belo Horizonte, 2009, p. 14).

Em 02 de Julho de 2003, o grupo de trabalho da saúde mental vinculado à gerência de assistência (GEAS/ SMSA-BH), junto com representantes da coordenação da Saúde Mental desta mesma Secretaria, elaboraram oficinas que culminaram na redação de um documento para referenciar Atenção Primária na PBH aí incluindo as interfaces, dentre outras, com a Saúde Mental. Há de se destacar que as relações políticas entre os projetos BH-Vida do SUS-BH que faz a gestão da Atenção Primária e o Projeto de Saúde Mental da coordenação de SM da PBH, foram se construindo com embates e disputas nas arenas políticas ora com avanços, ora com recuos como explicita o documento elaborado:

Instalou-se, recentemente, um momento político propício à explicitação de impasses, problemas e questões de consistência no conceito, métodos, ritmos e estratégias de ambos os projetos. Momento político que nos convoca a um novo pacto, que fuja da lógica da confrontação pura e simples entre projetos, na qual o posto como novo subsume a política e momento anterior, desconhecendo a dialética e o caráter histórico e a evolução desigual e combinada de processos complexos, como o são as políticas de saúde. (Belo Horizonte, 2003, p. 84).

Desse momento político de embates e disputas entre representantes de dois projetos de saúde mental junto à assistência do SUS-BH, gerou-se uma produção com vistas a balizar as interfaces dos serviços. O primeiro documento se intitula *A atenção básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local* é datado de Maio de 2006. A publicação seguinte elaborada pelos grupos da SMSA-BH da Atenção Básica e da coordenação de SM denomina-se: *Avanços e Desafios na organização da atenção à saúde em Belo Horizonte*, de 2007. Considera-se, portanto, que a articulação da Saúde Mental na Atenção Primária além das decisões políticas federais reinterpretadas pelos grupos de saúde do município, passa também pelas disputas políticas das respectivas coordenações com suas potencialidades, contradições e desafios que reverberam no trabalho das equipes de Saúde Mental e Saúde da Família nos Centros de Saúde.

Os documentos em questão, como mencionado, apresentam diretrizes sobre a organização do trabalho em saúde mental na Atenção Primária, ainda que de forma bem genérica. Como a exemplo, podemos destacar, tendo em vista os nossos objetivos:

- a) organização da rede de assistência e da atenção voltadas para o território; citam o trabalho em equipes, com orientações para supervisões entre diferentes especialidades através do matriciamento;
- b) determinação de metas para o acolhimento, visitas, atendimentos e etc. Que são acompanhadas por sistema de avaliação de desempenho do funcionário/Unidade Básica de Saúde/Município;
- c) apresentação de referências para o desenvolvimento ‘acolhimento humanizado’, com diretrizes quanto à criação de vínculos usuário-trabalhador-produção de saúde e para a clínica ampliada através da intersetorialidade.

Contudo, os documentos do Ministério da Saúde e da SMSA da PBH não explicitam sobre o como fazer o trabalho e nem sobre as condições que se fazem necessárias para se transformar os programas em práticas na atenção à Saúde Mental do usuário que procura por acolhimento no Centro de Saúde, a ‘porta de entrada’ do SUS.

Defasagens e contradições entre as exigências legais e a prática a ser desenvolvida que produzem efeitos para os trabalhadores alocados nas UBS. Nesse sentido, é pertinente apresentar as questões: o que os profissionais da saúde que trabalham em Saúde Mental na Atenção Primária em uma região significativamente populosa do município de Belo Horizonte, o Distrito Sanitário Nordeste, vêm percebendo e expressando sobre as relações entre as prescrições da legislação e o trabalho? Quais relações são possíveis de se estabelecer entre as políticas de saúde, o trabalho e subjetividade dos profissionais da Saúde Mental e Saúde da Família? São questões norteadoras da análise das entrevistas, realizada à luz da Psicodinâmica do Trabalho, que será apresentada no capítulo seguinte.

5 - TRABALHO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Agir entre enigmas, sofrimentos e estratégias defensivas

A análise das entrevistas²⁷ foi desenvolvida com inspiração nos princípios da dialética conforme propõe Minayo (1999), ou seja, em um ir e vir entre aprendizados nos encontros com os trabalhadores das equipes Saúde da Família e Saúde Mental que atuam na Atenção Primária junto aos usuários em situação de sofrimento mental, e a fundamentação teórica. Buscamos também estabelecer uma relação dessa escuta dos profissionais com a análise feita de documentos, Leis e Portarias, relativos à Saúde Mental e Atenção Básica.

As entrevistas foram conduzidas à luz da Psicodinâmica do Trabalho que considera o trabalho como aquilo que é produzido pelo indivíduo e pelo coletivo de trabalho diante do que surpreende, daquilo que extrapola os procedimentos prescritos. Assim, buscamos analisar o trabalho, considerando-o, com base nesta referência, como um eixo central na constituição da subjetividade e esta, por sua vez é produzida, (re)elaborada nas relações dialéticas entre o sujeito com suas particularidades e o contexto social com suas exigências e regulamentações. (Dejours, 1994; 2007. Lancman et al, 2008. Martins, 2009. Mendes e Araujo, 2011). Dialogamos em coerência com esses pressupostos e, também, com teóricos do campo da saúde coletiva que tratam do tema da gestão e trabalho na saúde pública brasileira, a exemplo de Campos (2000; 2003; 2010), Merhy (2004), Onocko Campos (2003; 2005).

Concordamos com a Psicodinâmica do Trabalho, para a qual o trabalho humano é aquele que se faz como inventividade diante de um inesperado que aparece, contraditoriamente, na rotina do trabalho, conforme afirmam os autores a seguir:

Trabalhar significa se defrontar com prescrições, procedimentos, materiais ou instrumentos a serem manipulados; significa se defrontar com pessoas para acolher ou cuidar, porém trabalhar pressupõe também colaborar com uma hierarquia organizacional e com colegas, colegas que será preciso aprender a conhecer e com os quais será preciso poder interagir para atingir o objetivo da produção de um bem ou de um serviço. Em outras palavras, o exercício do trabalho vem inevitavelmente acompanhado da confrontação com o real, isto é, com algo

²⁷ Nosso objetivo principal foi o de estabelecer possíveis relações entre as políticas de saúde, o trabalho desenvolvido e a subjetividade dos profissionais das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família. Referente a esse objetivo nos inspiramos na Psicodinâmica do Trabalho, enquanto uma abordagem teórico-metodológica do campo da Saúde Mental e Trabalho.

Esse campo- Saúde Mental e Trabalho- se inscreve na Psicologia Social e do Trabalho, sendo abordado por diferentes eixos epistemológicos (Bendossolli & Soboll, 2011), dentre os quais temos a Psicodinâmica do Trabalho, que trata do tema Subjetividade e Trabalho, conforme exposto no capítulo de metodologia, em sua seção 2.2.

A nossa referência para apresentação do presente capítulo, que trata da análise das entrevistas, é: a análise dialética das entrevistas, feita à luz da Psicodinâmica do Trabalho com referencial em Mendes (2007); Lancman et al (2008); Mendes & Araújo (2011).

que se dá a conhecer para quem trabalha por meio de sua resistência à mestria do trabalhador, e leva o sujeito a pensar e agir de forma diversa daquela prevista pela organização do trabalho. **Os arranjos, aos quais, um sujeito procede para recuperar a diferença entre o que é prescrito e sua atividade** efetiva não podem nunca ser inteiramente previstos, já que eles **são reinventados cada vez.**” (Dejours & Gernet, 2009, p. 62).

Para se ter acesso ao trabalho não prescrito e nem normatizado, o trabalho real, vivo, o agir em saúde, se faz possível pela via da fala, do discurso, dos sentidos enunciados pelo trabalhador e pelo coletivo de trabalho que compartilha os mesmos processos. Foi, então, o procedimento que adotamos ao participar das reuniões de matriciamento das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família e com as entrevistas coletivas com grupos de trabalhadores da Saúde da Família que atuam em uma mesma microárea: uma escuta atenta para os contrastes e paradoxos das falas e dos silêncios em relação à organização do trabalho, com suas prescrições e contradições, e às vivências, os arranjos produzidos por este coletivo de trabalho. (Dejours, 1993, 1994; Lancman et al., 2008; Mendes et al., 2007; Martins, 2009).

Assim, nos propomos a escutar o que os trabalhadores têm a dizer sobre as relações que estabelecem entre as prescrições impostas pela organização do trabalho, estabelecida a partir das normas e padrões legais, e o que o trabalhador e o coletivo envolvido com o mesmo processo de trabalho realmente fazem, inventam, solucionam, criam para que a ação em saúde possa ser resolutiva frente aos imprevistos e carências de recursos.

As regulamentações postas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, que aqui buscamos considerar emblematicamente as prescrições apresentadas como um trabalho prescrito, não contemplam os imprevistos, os inesperados, os constrangimentos e assombros do cotidiano. Nesse sentido, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho ao buscar analisar o não dito, o não visível à primeira vista das prescrições, inclui a organização do trabalho real (Mendes et al., 2007). Trata-se de um método que potencializa uma análise crítica das relações intersubjetivas e também torna possível uma aproximação dos arranjos pessoais e coletivos em relação às injunções paradoxais que surgem no trabalho vivo (Lancman et al., 2008). Esta abordagem se interessa, fundamentalmente, pelo vivido no trabalho, e para se ter acesso a esse conteúdo e essas elaborações, a escuta dos trabalhadores deve acontecer no local de trabalho (Martins, 2009).

Foi com tais referências que fizemos a leitura dos relatos sobre as vivências de profissionais das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família, envolvidos com o acolhimento de usuários da saúde mental que procuram pela Unidade Básica de Saúde.

Foram, como se poderá observar, diálogos instigantes construídos nos encontros que aconteceram com as equipes de três Unidades Básicas de Saúde/UBS atuantes em territórios de um mesmo Distrito Sanitário Nordeste, da cidade de Belo Horizonte. É também, pertinente informar aqui que as unidades de saúde da Atenção Primária de Belo Horizonte, também são chamadas de Centros de Saúde.

Após aprovação do projeto pela Coordenação de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da PBH e de uma UBS que possuía uma equipe de Saúde Mental Pólo, conforme descrito anteriormente realizamos o início da pesquisa de campo. O primeiro contato foi nossa participação nas reuniões de matriciamento, quando nos apresentamos às equipes de SF e a proposta da nossa pesquisa, e com o consentimento desses profissionais, agendamos nossas entrevistas coletivas. Na sequência, passamos a participar das reuniões das equipes, quando os grupos específicos de determinado território da área de abrangência do respectivo Centro de Saúde se reúnem para discussão de casos e adoção de providências necessárias. Esta é uma forma de organização de trabalho- reuniões semanais das equipes de Saúde da Família na respectiva UBS, recorrentes nas unidades participantes do estudo. Ao participarmos das reuniões semanais das equipes, após as discussões dos grupos colocávamos em pauta os temas de nossa pesquisa, o que se desenvolveu no segundo semestre de 2010, com considerável participação dos profissionais presentes.

A dinâmica desses encontros foi organizada em três momentos tendo como referência a entrevista coletiva, como apresentado anteriormente neste texto, proposta nos moldes da Psicodinâmica do Trabalho (Mendes et al., 2007; Mendes & Araújo, 2011). Inicialmente, os profissionais presentes eram instigados a refletirem sobre as políticas de saúde e suas diretrizes para o trabalho em saúde mental no Centro de Saúde onde atuam. Num segundo momento, eram mobilizadas discussões sobre as possíveis lacunas verificadas entre as regulamentações propostas e o trabalho desenvolvido com os usuários em situação de sofrimento mental. Já em um terceiro momento, retomamos aspectos relativamente já elaborados na discussão precedente, os quais permitiam refletir sobre os efeitos de tal situação.

Entre maio e julho de 2011, voltamos aos três Centros de Saúde, quando discutimos com os profissionais das equipes- SF e SM, a primeira versão das análises das entrevistas. Foram momentos de rico debate com considerações que enriqueceram ainda mais nosso percurso. Esse momento de discussão dos resultados de nossa análise vai ao encontro da perspectiva clínica da Psicodinâmica do Trabalho, que recomenda a realização de entrevistas coletivas com grupos de trabalhadores para discutir sobre as tensões e

constrangimentos, com posterior discussão das análises do pesquisador junto aos mesmos grupos, a fim de viabilizar reflexões que possam desencadear melhor compreensão sobre o próprio trabalho e as estratégias de defesa e enfrentamentos. (Dejours, 1993; Lancman et al. 2008; Mendes, 2007). Nesse sentido, pretendíamos nesses encontros além da convalidação da análise em elaboração naquela ocasião, propiciar momentos de reflexão sobre a organização do trabalho com suas exigências, os impasses, os dilemas e as estratégias elaboradas. É o que se pode depreender da citação a seguir sobre o método da Psicodinâmica do Trabalho:

A clínica do trabalho e a análise psicodinâmica das situações de trabalho partem do princípio de que a relação com o real não é direta, nem natural; ela é mediada por **uma ação sobre a realidade, onde se descobre simultaneamente que a experiência com o real não é dominada somente pela técnica e conhecimento; e a ação sobre o real é perpassada pelo poder criativo e pensamento imaginativo do sujeito**. Por essa razão, a fala deve tornar visível a dinâmica da gestão dos trabalhadores com relação à adversidades impostas pela organização do trabalho. [...] **A importância da fala do trabalhador é imperiosa para a realização de pesquisas na clínica do trabalho**, assim como para compreender o prazer-sofrimento e a saúde do trabalhador. (Mendes, 2007, p. 83).

Os temas que logo a seguir serão apresentados foram extraídos no processo da análise das entrevistas, tendo como referência a Psicodinâmica do Trabalho na condução das mesmas, num movimento entre um ir e vir com teorias e as análises dos documentos anteriormente mencionados. Nessa perspectiva a questão balizadora, que orientou nossas análises, é: que relações são possíveis de se estabelecer entre as políticas, trabalho e subjetividade no agir em saúde mental na Atenção Primária?

Em acordo com a referência que adotamos, optamos por destacar as falas dos trabalhadores em nosso texto, colocando as mesmas em itálico e de forma recuada, já que estas são as principais referências para aproximarmos de nosso objeto de investigação, como acima exposto.

5.1 - Políticas de Saúde Mental na Atenção Primária e o Trabalho no Território: vivências dos sujeitos trabalhadores

5.1.1 UBS como ‘Porta de entrada’ no SUS e o ‘Sofrimento social’.

A maioria dos pacientes que a gente atende é o paciente neurótico cuja queixa não temos uma única prescrição, um medicamento que vá resolver seu problema. Pois o problema esbarra além das questões pessoais, familiares, em questões bem amplas da vida econômica, social. E como não temos solução para este sofrimento social, não existe remédio e nem o SUS dá estrutura para estes casos, isso retorna, aparece aqui no Centro de Saúde. (ESF Girassol).

A Portaria nº 687/GM, de 2006 elenca seis fundamentos da Atenção Básica para o sistema de saúde brasileiro, sendo o primeiro fundamento: *“Possibilitar acesso universal e contínuo aos serviços”*. Do ponto de vista dos profissionais entrevistados, eles consideram o Centro de Saúde como sendo o local em que ocorre essa acessibilidade, ou seja, o local da rede de assistência ‘Portas Abertas’ em que todo cidadão pode demandar o atendimento de que necessite.

Tendo em vista os objetivos eleitos para a realização deste trabalho, analisaremos, com mais vagar, inicialmente, o quadro daqueles que são classificados como ‘Transtornos Mentais Leves’, e que forma a maioria dos usuários da Saúde Mental que procuram pela Atenção Primária, no SUS-BH. Essa é uma classificação posta nos documentos oficiais onde incluem pessoas com sofrimentos psíquicos fora da situação de crise, de surto ou fora do quadro de urgência psiquiátrica (Belo Horizonte, 2006a), ou seja, trata de pessoas neuróticas que se encontram em situações difíceis diante da vida, mediante as quais não conseguem se posicionar de modo mais prático, daí decorre um sofrimento que não tem acolhimento nos equipamentos especializados de SM voltados para os ‘casos graves’.

O fato de constar da nomenclatura utilizada nos documentos do Ministério de Saúde, termos como Transtorno Mental Leve, que aqui reproduzimos, não significa que o trabalho de acolhimento e tratamento dessas pessoas seja mais fácil de ser desenvolvido. Muito pelo contrário, trata-se em sua maioria de pessoas com múltiplas demandas e carências complexas que os trabalhadores das equipes – Saúde Mental e Saúde da Família, consideram, como veremos mais a frente, como grande desafio.

O perfil das pessoas que constituem o principal contingente que chega aos Centros de Saúde de Belo Horizonte, não difere do verificado em muitos outros municípios

brasileiros: são os ‘portadores de transtornos mentais leves’. Os profissionais da Saúde da Família e Saúde Mental classificam essa população como acometidas de ‘Sofrimento Social’, cujas características são: pessoas infelizes, deprimidas, ansiosas e ‘poliqueixosas’. Consideram-nas, também, como os representantes de uma complexidade que reflete a um só tempo uma vivência subjetiva de sofrimento e um determinado contexto social em condições precárias de vida. A isso se soma uma cultura vigente de intolerância diante das faltas e das contingências da vida. A fala abaixo é uma das expressões desse tipo de entendimento elaborado pelos profissionais de saúde das UBS.

Os problemas sociais, a falta de educação está virando doença. Doença que aparece aqui no Centro de Saúde em nossos pacientes. É um trabalho muito difícil por que o sofrimento é sem solução. Existe remédio para tristeza, para tristeza de verdade? Em relação a violência, álcool e drogas, desemprego, gravidez infanto-juvenil, e...? É muito difícil mesmo! (ESF Girassol).

O sofrimento social bate aqui na nossa porta do Centro de Saúde. Somos a ‘porta de entrada’ né?! Agora, o que fazer com esse tanto de gente que vem em busca de solução para problemas como desemprego, marido alcoólatra, filho drogadictio, violência dentro de casa e na vizinhança aonde mora, sofrimentos da vida, etc. Não temos remédio e nem tratamento que dê solução para isso. E a pessoa volta sempre aqui, para nós da Saúde da Família. O que fazer?! (ESF Hortência).

Tal situação parece expressar também o sofrimento desses profissionais diante da impotência frente à grande tarefa que a eles se delega. Onocko Campos (2005) ao analisar o trabalho em Unidades de Saúde do SUS ressaltava como característica de tal situação a intensidade exigida dos trabalhadores, pois, de acordo com a autora, além de demandar envolvimento afetivo, coloca o profissional diante de uma realidade em que são grandes os limites para a resolução de problemas. Assim, na avaliação da autora:

O grau de miserabilidade dessas populações extrapola nossa capacidade de resistência. Uma coisa é saber- em tese- que o Brasil é um país cheio de pobres. Outra bem diferente é tentar uma intervenção terapêutica com pessoas que estruturam sua própria resistência à morte por meio de formas de subjetivação que não conseguimos compreender. (Campos, 2005, p. 579).

Essa mesma autora reflete sobre a densidade do trabalho para o profissional da UBS, que atua no território de convivências do usuário SUS, ressaltando a importância do reconhecimento dos próprios limites das equipes e também do saber popular dos cidadãos, o que potencializaria a ação em saúde:

É uma questão ética, nós não saberíamos sobreviver a situações que vemos nos bolsões de pobreza das grandes cidades brasileiras. Eles sabem. [...] Nossa estratégia é desviar essa reprodução e colocá-la na trilha da produção do novo..., talvez seja a única coisa que nos dê um pouco de consistência. (Campos, 2005, p. 580).

A citação acima vai ao encontro do que escutamos e observamos nos encontros com as equipes de Saúde Mental e de Saúde da Família, quanto à grande demanda da população que procura no Centro de Saúde por soluções para seus sofrimentos, depositando esperanças e cobranças nos profissionais.

O que se observa, então, é uma situação social de pobreza, na qual as condições precárias de vida são somadas ao abandono ou rompimento dos laços de solidariedade na própria moradia e na circunvizinhança. Tal situação de falta de condições materiais de vida pode ser experimentada por quem, em sua particularidade, não se consegue manter em situação de inserção com a vida prática, e busca junto às equipes de saúde da UBS, uma solução para aliviar seu sofrimento. Vivenciando esse contexto, as equipes, relataram unanimemente, o mal estar frente aos limites em relação ao trabalho com o ‘sofrimento social’. Isto é, o mal estar vivenciado e relatado pelos trabalhadores em relação às pessoas, apresentadas como ‘queixosos’ e ‘infelizes’, que, em quantidade crescente, repetidamente procuram pelas equipes de saúde e, para as quais não se tem uma resolução mais definitiva.

No que se refere à saúde mental, o cidadão ‘queixoso’, o ‘neurótico leve’, as ‘pessoas infelizes’ se apresentam, como mencionado em momento anterior deste trabalho, como o maior desafio do trabalho da clínica com saúde mental na UBS, segundo os profissionais da Saúde da Família e da Saúde Mental. Esses trabalhadores entendem tratar-se de sofrimento ancorado em causas de nível macro, como as questões de desemprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, violência doméstica e nas redondezas de onde se mora, dentre outros aspectos. Um sofrimento ‘social’, que, de acordo com os aludidos profissionais, retorna ao Centro de Saúde por não ter tratamento medicamentoso que resolva, sobrecarregando a agenda de acolhimento da Equipe de Saúde da Família com os retornos contínuos. Assim, a avaliação desses trabalhadores aponta para uma crítica sobre a atual política do SUS em manter as ‘portas abertas’ da Unidade de Saúde para toda e qualquer procura do cidadão, o que pode desviar a promoção de saúde para criação de dependência do usuário com o sistema. Tal visão pode ser observada nos depoimentos abaixo:

As portas do Centro de Saúde/SUS na minha opinião são abertas de mais. O SUS tem que tomar cuidado para não ficar assistencialista, por que aí ao invés de

promover saúde, irá promover dependência. As vezes a gente vê isso aqui na UBS com o PSF e as 'Portas Abertas'. **Temos que ficar atentos o tempo todo: com as Políticas e com as demandas dos usuários.** (ESF Girassol).

É as políticas são boas, até por que o papel aceita tudo né?. Agora aqui na prática é diferente. Colocaram que a UBS deve ser 'porta aberta' para a população vizinha e que nos procure. Mas não temos recursos suficientes, até por que aqui é Atenção Primária, assistência básica, né? Por exemplo, agora com a reforma psiquiátrica, temos que atender até os pacientes da Saúde Mental. 'Portas abertas',né?! Isso é muito bacana, mas... aqui no Centro de Saúde o bicho tá pegando, pois não temos as condições de trabalho necessárias. Quem faz a política, deveria vir aqui e ficar uns dias trabalhando com a gente. (ESF Hortência).

Remédio não cura sofrimento cujas causas se encontram nas circunstâncias da vida. **Temos de pensar e inventar outras saídas para esta população. Até por que a política 'portas abertas' pode estar sendo um engodo.** Você sabe quem mais prescreve anti-depressivo não é o psiquiatra... somos nós os clínicos geral. Por que? Por que ainda não temos outra solução. **E a 'porta aberta' pode estar causando é dependência no usuário do SUS, porque não estamos conseguindo resolver,** pois o sofrimento é social, mas a pessoa vem é aqui, para o Centro de Saúde. (ESF Lírio).

Outra questão debatida pelos grupos dos profissionais a respeito do trabalho com pessoas em situação de sofrimento mental, consiste na situação dos usuários no Centro de Saúde, bem como nas diretrizes políticas para a UBS, transformando-a em 'Porta de Entrada' para todos os cidadãos. Essa situação, de acordo com os depoimentos analisados, gera excesso de demandas e um mal estar por não se ver resolubilidade no acolhimento ofertado. É o que se pode observar das passagens abaixo:

Conforme eu disse anteriormente, o sofrimento ele decorre de diversas situações. Mas, com muita frequência, de situações de infelicidade, de desemprego, de falta de estrutura familiar.

Quer dizer, isto não é facilmente superável. E essas situações perenizam os sintomas de infelicidade. E nós profissionais da saúde sabendo de nossos limites diante desta problemática também ficamos mal, né?!. (ESM).

Então, essas pessoas, cada vez em número maior, porque, apesar de tudo que se apregoa, a população continua carente de diversas coisas. De educação, de saúde, de emprego. Infelicidade. E infelicidade muitas vezes é confundida com doença. Não deixa de ser uma coisa que causa limitações. Você expressa a infelicidade da mesma forma que se expressa uma doença depressiva.

Em se confundindo estas duas coisas, trata-se a infelicidade com medicamento e, obviamente não tem nenhum resultado. A equipe ressenete. (ESF Girassol).

Escutar o sofrimento, a dor do outro e não ter o que fazer é dureza. (ESF Lírio).

Resultado tem, mas é quase que imperceptível. E essas pessoas infelizes, em número muito grande, jamais te abandonam.

E aumentando cada vez mais a demanda do posto de saúde e você não consegue solucionar este problema. Está fora do nosso alcance. Não tenho o poder de dar emprego, de ajudar marido alcoólatra, filho drogadito. [...] e a demanda tem muito disto, lá no posto. Deveria ter outra forma de abordar isto. Não sei como. E isso causa um incômodo geral na equipe. (ESM).

A demanda é grande e é crescente. Então o que a gente faz é priorizar as urgências e casos graves.

No trabalho da atenção temos que criar vínculo, mas não dá tempo, pois para criar vínculo tem de tempo para escutar a pessoa. Nosso trabalho, especialmente com pc da saúde mental aqui no centro de saúde, cada vez mais coloca a gente com ansiedade e também sofrimentos. (ESF Hortência).

Outro tema que os trabalhadores da SF e da SM abordaram diz respeito às Políticas de ‘Porta Aberta’ no Centro de Saúde e se relaciona mais de perto com a qualidade dos resultados do trabalho de profissionais generalistas frente a demanda tão específica como a da saúde mental. Esse assunto se desdobrou e alcançou a formação dos profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família, vista como generalista, em questões do tipo: Tem capacitação? Tem formação? Tem condições de manejo e intervenção junto aos pacientes da Saúde Mental? Percebeu-se, então, como se observa a partir dos depoimentos abaixo, uma discussão carregada de angústias, que se apresentou nos encontros com todos os grupos, tanto nas reuniões de matriciamento quanto nas reuniões das equipes da Saúde da Família.

Porta aberta o tempo todo. porque a comunidade precisa do serviço. Porque, independente se a comunidade precisa do serviço eles não querem saber se o servidor, se o recurso humano aqui da conta de atender da forma, da qualidade que a população precisa, né? (ESF, Hortência).

Generalista tem como atender igual ao Psiquiatra? Não vou nem falar de agenda não, de tudo que tem que fazer. Mas, com qualidade? Tem realmente condições de atender isto? Então, eu não sei, né? (ESF Lírio).

[...] a segurança vai desde a qualidade que você tem, de formação que para fazer aquilo ...ah, o Auxiliar tem que escutar, mas ele foi preparado pra aquele tipo de escuta?

O Enfermeiro quase que atendendo como médico, né...ele foi preparado para isto? O Médico atendendo como se ele fosse todos os especialistas, ele foi preparado para aquilo tudo? (ESF Lírio).

Ressaltamos, então, como uma contradição relevante posta pelos profissionais o fato de que a maioria das pessoas que procura pela UBS são os “Infelizes”, as pessoas em “Sofrimento Social”. Trata-se de casos cujas demandas nem os procedimentos normatizados, as prescrições protocolares, ou as regulamentações políticas e seus dispositivos legais conseguem regulamentar uma ação ou um conjunto de ações resolutivas *a priori*.

As políticas e seus respectivos programas de saúde visam ser inclusivas e buscam preconizar acesso à saúde de modo universal, integrado e equânime (Lei nº 8.080, de 1990. Portaria nº 648/GM de 2006. Portaria nº 148/GM de 2008). Contudo, aqueles que estão em seu trabalho, orientados por tal legislação e respectivas diretrizes operacionais, se veem em situação de ora sobrecarga, ora de desgastes principalmente frente aos limites concretos que

se apresentam diante da magnitude dos problemas de saúde mental que chegam a UBS. As contradições no sistema de assistência em relação aos casos de saúde mental considerados como ‘Leves e Moderados’, aparecem como um ponto de tensão, constrangimentos e sofrimentos para o trabalhador, o que pode se tornar fonte de adoecimento para os profissionais envolvidos com esta organização de trabalho de ‘portas abertas’.

Nesse contexto, a questão que os profissionais elaboraram durante as entrevistas coletivas, é a seguinte: como atender toda a demanda que se apresenta no Centro de Saúde, sendo que tanto a rede SUS na Atenção Primária- as UBS, quanto a rede de Saúde Mental substitutiva- Cersam; Residência Terapêutica, Centro de Convivência, dentre outros equipamentos do SUS-BH, estão voltados para os casos ‘Severos’? Vejam-se, nesse aspecto, os depoimentos a seguir:

A porta está aberta para todo mundo, principalmente pra esta situação – as pessoas em sofrimento social - Só que a gente tem que saber lidar com eles pra não abusar. (ESM).

Mas é mais difícil não poder acolher todo sofrimento que aparece do que trabalhar com o que você pode acolher: este é um dos fatores na minha avaliação mais difícil. Porque o projeto tem prioridade: você acolhe os casos mais graves, pois não temos recursos. (ESM).

É complicado porque a reforma psiquiátrica ainda não tem solução para os casos que não são graves, a nível de SUS ainda não temos uma solução para os casos leves e moderados a nível do SUS. As terapias alternativas são interessantes, mas muitos casos dependem de um tratamento psicológico que o SUS não suporta. Aí eu acho complicado: você dá um direcionamento alternativo, mas que nem sempre é resolutivo. (ESF Girassol).

Na reforma psiquiátrica estamos caminhando! Mas na SM temos este desafio: não podemos excluir estes casos tidos como Leve e, atualmente não temos estrutura para este tipo de demanda, pois priorizamos os casos Graves, tanto aqui no Centro de Saúde quanto no CERSAM. (ESM).

A gente pega casos que nem a família dá conta. Mas não temos o apoio que seria necessário. Fazemos um trabalho com riscos, para nós e para o usuário. Ainda que a gente tente fazer da melhor maneira possível, tem riscos concretos, sim. (ESF Hortência).

Em relação a SM complica mais ainda, pois não somos especialista. Por exemplo a receita tem duração para 2 meses e a pessoa está agendada com o psiquiatra para 4 meses. O que fazer? Eu, uma generalista, vou prescrever remédio de psiquiatria. Isso é muito arriscado, mas faço pois será pior se a pessoa não tiver o medicamento. (ESF Lírio).

Por outro lado, as diretrizes políticas, dentre outras determinações, por sua vez, apresentam prescrições para o processo de trabalho em saúde. Seja em relação aos procedimentos e meios de trabalho, a exemplo da UBS ter se tornado a “porta de entrada preferencial’ do usuário no SUS”, como também, em relação ao direito que todo cidadão tem

de receber um “acolhimento humanizado” ao chegar em uma UBS. (Brasil, Portaria nº 648/GM, 2006).

Os trabalhadores que participaram do estudo, concordam com as propostas políticas e os endereçamentos para o trabalho em relação ao acolhimento do usuário, enquanto um direito social e universal. Contudo, esse coletivo sinalizou para uma comparação entre os princípios que balizam as diretrizes do trabalho e as condições para exercê-lo. Em especial, destacaram a defasagem entre o acolhimento do usuário em sofrimento mental no Centro de Saúde e a falta de recursos como equipamentos, unidades substitutivas; bem como de vagas na agenda da Equipe de Saúde Mental.

A rede especializada, na atenção à saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, está voltada para os casos graves, todavia, a maioria dos cidadãos que procuram pelo Centro de Saúde é formada por pessoas em situação de sofrimento mental, classificada como ‘Casos Leves e Moderados’, os queixosos compondo o sofrimento social que não é a prioridade do SUS e nem da rede de saúde mental. É, então, nesse sentido que os profissionais das equipes – SM e SF, afirmaram não ter para onde encaminhar essas pessoas e que nem a agenda do próprio posto de saúde comporta tal demanda. Frente a esse contexto, reproduzimos uma pergunta muito pertinente que um profissional generalista nos instiga a pensar:

Teremos que fazer como na clínica: esperar um paciente hipertenso ter um crise cardíaca para que seja atendido? Teremos que esperar um neurótico, uma pessoa sofredora, ter um surto, se tornar um caso grave para ser atendida por um especialista?! Este é um trabalho para nós que estamos aqui na linha de frente, que está ficando muito desgastante. (ESF Hortência).

Esse quadro apresenta-se como uma contradição das políticas de saúde, tendo em vista que estas defendem o direito universal à saúde, mas, em relação àqueles que estão, em seu cotidiano de trabalho, orientados por tal legislação e respectivas diretrizes operacionais, há uma situação de ora sobrecarga de trabalho, ora de constrangimentos principalmente frente aos limites existentes diante da magnitude dos problemas de saúde mental que chegam a UBS. É este, pois, um ponto de vulnerabilidade na rede de assistência do SUS, uma vez que, como afirmam estudiosos da saúde coletiva, a demanda é sempre crescente a partir do momento em que se oferta os serviços públicos (Campos, 2010; Mehry, 2004; Campos, 2005). Situação, que em saúde mental, parece ser ampliado pelo fenômeno do ‘sofrimento social’ que se apresenta formando um dinâmico, complexo e desafiador contexto de trabalho para os profissionais das equipes- Saúde Mental e Saúde da Família que atuam na Atenção Primária, como analisaremos a seguir.

5.1.2 As políticas de saúde e o trabalho com saúde mental na UBS.

No curso de atualização para enfermagem, falaram do trabalho humanizado. Foi muito neste sentido. Mas não falaram nada sobre o trabalhador, só sobre o usuário. Isso tá certo? Tiraram os usuários do Hospital, e só vai para o hospital como ultima opção. Isso é bom, a gente sabe que é bom para o doente e para a família e para o sistema, já que o hospital sempre é muito mais caro. E agora tudo vem para o Centro de Saúde. Mas e o trabalhador? (ESF Girassol).

Em 2006, com a intenção de consolidar e expandir a rede de assistência do SUS no território nacional fez-se um Pacto pela Saúde, entre Ministério da Saúde e os Conselhos de Saúde municipais e estaduais. Uma das diretrizes políticas adotadas nesse movimento foi, nos Municípios brasileiros, a fomentação da implementação e desenvolvimento da assistência organizada, através da divisão da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde em territórios correspondentes. Desta feita, a estratégia da Saúde da Família, a partir da edição da Portaria nº 648/GM, de 2006, torna-se um referencial orientador para as secretarias municipais de saúde estenderem a rede de Atenção Primária à população circunvizinha através da implantação das Unidades Básicas de Saúde. Estratégia que vem ganhando concretude na expansão e implementações da rede básica de assistência da saúde pública brasileira, a exemplo do município de Belo Horizonte.

Atenção Básica, então, deverá ser composta por Unidades Básicas de Saúde, que, em Belo Horizonte, também são chamadas de Centros de Saúde, unidades inseridas em áreas que formam uma região de um determinado Distrito Sanitário. A noção de território é considerada o organizador que localiza e determina a composição de Equipes da Família, um processo organizativo que possibilita, a partir de índices epidemiológicos e de vulnerabilidade, determinar o conjunto de moradias que será abrangido. É nessa lógica que o Centro de Saúde configura-se como a principal ‘porta de entrada’ dos cidadãos que ali vivem com suas respectivas e particulares demandas ao sistema de saúde.

A rede de Atenção Primária à saúde, segundo documentos oficiais, tem como objetivo principal a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, bem como a reabilitação e manutenção da saúde nos âmbitos individual e coletivo. (Brasil, 2006). Cada Unidade dessa rede terá sob sua responsabilidade uma população adstrita em determinada delimitação territorial. Em relação à Saúde da Família o trabalho do profissional não se restringe ao usuário demandante da atenção, mas se estendendo à família e à comunidade onde se inserem.

No que diz respeito à saúde mental, considerando as propostas do movimento antimanicomial de reinserção da pessoa tida como ‘louca’, ‘doente mental’ a reforma

psiquiátrica na perspectiva do SUS tem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/ CERSAM como denominado em Belo Horizonte) como estratégia principal. Contudo, o acolhimento da pessoa em situação de sofrimento mental é também delegado às UBS e, assim, as Equipes de Saúde da Família passam a ter responsabilidade também por essa população que sofre, mas que está fora da situação de crise. Um trabalho que ganha dimensão de grande complexidade, já que os generalistas da Saúde da Família passam a acolher e tratar, em seu território de convivências onde se localiza o Centro de Saúde, das pessoas ‘com transtornos mentais’. Desse modo, quem necessite de cuidados de saúde mental deverá procurar e ser acolhido na UBS mais próxima a sua residência, o que amplia a responsabilidade da equipe de Saúde da Família e bem como a intensidade do seu trabalho e, provavelmente, onera psiquicamente esses trabalhadores com aumento da carga de um trabalho que nem pode atingir seu objetivo final. Nesse sentido, vejamos os depoimentos apresentados:

*A lei do SUS coloca **diretrizes para assistência**: universalidade, integralidade e equidade. Como também coloca **diretrizes para a organização e gestão dos serviços** nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Né?*

***Para a saúde da família**, a gente tem que atender o indivíduo, a família, a comunidade. A gente acaba por abordar o indivíduo em todos os seus aspectos. Né? Incluindo os pacientes da saúde mental. (ESF Lírio).*

***Partindo da reforma psiquiátrica**, a Saúde da Família tem que atender também as pessoas com transtornos mentais. Ou seja, com a reforma psiquiátrica essas pessoas devem ser tratadas fora dos hospitais psiquiátricos e inseridas em seu território, na sociedade. O que é muito bom. mas.... falta infraestrutura para este trabalho tão complexo. (ESF Hortência)*

Como toda política a da saúde é muito bem escrita, mas a gente entende que na prática falta. (ESF Girassol).

Minha percepção como enfermeira e trabalhadora do SUS, a gente não tem todos os suportes para fazer valer as Políticas Públicas de saúde e, como consequência a gente não consegue dar o suporte necessário para o indivíduo e nem para a família. (ESF Lírio).

As equipes da Saúde da Família e Saúde Mental deverão, segundo as regulamentações prescritas nas respectivas políticas, atuar no território junto à população adstrita, circunscrita à comunidade onde se localiza a Unidade Básica de Saúde. A relação que os profissionais fazem sobre as políticas derivadas do SUS, e o trabalho no Centro de Saúde revela, por um lado, sua concordância com o avanço e ampliação dos direitos dos cidadãos e, por outro lado, críticas desses mesmos trabalhadores em relação às dissonâncias que aparecem entre as prescrições legais e a situação do agir frente à demanda do paciente. Essas contradições do sistema de saúde operam ressonâncias nos profissionais da saúde que atuam

na linha de frente, ou seja, na ‘porta de entrada’ pretendida pelo SUS, como se verá a partir dos relatos apresentados na sequência:

Mas na verdade não tem jeito a gente acaba por sentir algo em relação às pessoas que atendemos. Sempre sentimos.

*Erroneamente as pessoas falam que o trabalho na SF é muito fácil, não exige conhecimentos especializados, etc. Mas isso não é verdade. **O trabalho com Saúde da Família não é especializado, mas é altamente complexo, pois você tem de conhecer toda a população adstrita, o perfil sócio-econômico, as condições de vida, conhecer todo o ciclo de vida, conhecer toda a família, para poder trabalhar a saúde da pessoa.** E agora temos que acolher também os pacientes da SM que sempre é um trabalho muito complexo. (ESF Lírio).*

A Humanização chama a responsabilidade para nós: o acolhimento. Mas tem paciente e familiar que não quer assumir a sua parte. E aí como fica?

*As políticas de saúde são muito bem feitas. **MAS não se ocupam com a saúde de quem trabalha para elas se concretizarem.** Ou seja, o sistema não se preocupa e nem se ocupa com a saúde do trabalhador. (ESF Lírio).*

*As política públicas evoluíram muito, o que é muito bom para todos nós brasileiros. **Mas para nós trabalhadores aqui da linha de frente, os furos aparecem no dia a dia do nosso trabalho com o usuário que vem aqui em busca de solução pra sua doença e sofrimento.** (ESF Hortência).*

*Um trabalho difícil e intenso no dia a dia. Mas e a nossa saúde, quem cuida? **Nem o SUS e nem a Prefeitura oferecem assistência para nós trabalhadores que fazemos as políticas de saúde acontecerem, na prática aqui no Centro de Saúde junto a população. Tem furos nesta política do jeito que está.** (ESF Girassol).*

Os trabalhadores em atuação em todos os grupos de que participamos expressaram entendimento quanto à responsabilidade da atuação em saúde junto à população adstrita. Expressaram, também, certa frustração ao constatarem que houve ampliação da complexidade e intensidade do trabalho com as atuais políticas, sem que houvesse diretrizes para melhor amparo ao trabalhador da saúde. Ou seja, as equipes explicitaram sobre as contradições da atenção universal à população pretendida pelo SUS, que, na medida em que se expande a reforma psiquiátrica, busca-se também ofertar acessibilidade ao sistema para pessoas acometidas de ‘transtornos mentais’, na moradia, no território, sem, contudo, oferecer uma contrapartida ao trabalhador.

Como se pode observar a partir dos depoimentos apresentados acima, há lacunas e contradições entre o prescrito e normatizado no âmbito político-jurídico enquanto diretrizes para o trabalho com atenção à saúde mental na UBS e as limitações, contradições para fazer valer na prática o acesso e a atenção à saúde presentes no âmbito técnico-assistencial. Os profissionais consideram que essas mesmas políticas não contemplam a maioria da população que procura pelo Centro de Saúde, os ‘casos leves’ e, nem prevêm uma atenção ao coletivo

de trabalhadores que se vê envolto com demanda crescente e complexa da população em situação de sofrimento.

Podemos, então, levantar uma questão: as discrepâncias entre as regulamentações das diretrizes políticas, o trabalho prescrito e o que realmente é possível desenvolver no dia a dia da UBS provoca além de mal estar, sofrimentos que, quando se tornam persistentes, podem causar adoecimentos? A título de ilustração o que se pretende demonstrar, pode-se apontar a contradição entre regulamentações que visam a prescrever uma clínica, um acolhimento humanizado, através de criação de vínculos e de co-responsabilidades entre usuário e profissional do SUS, e o controle quantitativo do trabalho realizado, como veremos na seção seguinte.

5.1.3 Uma contradição considerável: ‘Portas abertas’ e avaliação quantitativa do Acolhimento ‘Humanizado’.

Sempre é quantidade. Quantidade de hipertenso, quantidade de neurótico, quantidade de Diazepan que você deve ter prescrito,... é ..., deve ser assim que eles contam. Mas é preciso concentrar nas pessoas e na busca de solução. Por que senão o bicho pega para o nosso lado e o pior é o SUS perder seu principal foco que é a saúde da população. (ESF Lírio).

Os documentos do Ministério da Saúde são claros no sentido de destinar às UBSs o lugar da ‘Porta de Entrada’ no sistema de saúde e de enfatizarem os princípios doutrinários do SUS: equidade, universalidade e integralidade (Brasil, 2006; 2008). Como dito, trata-se de diretrizes políticas que reverberam no trabalho das equipes de Saúde da Família: acolher ‘toda demanda de saúde’ é de uma complexidade que encontra limites e contradições na prática cotidiana dos profissionais.

Na justificativa da Portaria nº 648/GM, de 2006, explicita-se a estratégia de expansão da Saúde da Família para reorganizar a Atenção Básica no sistema de saúde pública brasileiro. Um dos critérios para liberação de verbas e outros recursos para os Estados e municípios é a apresentação sistematizada de resultados obtidos. Isto é, uma das diretrizes do governo federal para essa estratégia de saúde se efetivar nos municípios brasileiros, é “*Executar a gestão pública por resultados mensuráveis*”. Destacam-se, nesse contexto, ao longo do texto da referida Portaria e nos anexos, categorias organizativas para a implementação, colocando fator quantitativo para avaliação dos serviços prestados.

A política de Atenção Básica, por seu turno, tem como um de seus fundamentos: “[...] *Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação.*” (Brasil, 2006). Em relação à gestão municipal, a citada Portaria, define as responsabilidades de cada esfera de governo, ficando para o município o encargo de: “*Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal*”. Nesse sentido, um dos paradoxos que convém destacar diz respeito a desenvolver o acolhimento humanizado, e ao mesmo tempo, cumprir metas quantitativas postas pelas Leis e Portarias.

Em um percurso vigoroso, Campos (2000; 2003; 2010) vem analisando de modo crítico e propositivo questões dessa ordem que dizem respeito à gestão e ao trabalho em saúde. Em uma produção recente Campos (2010, p. 2337-2339) demarca três elementos que justificariam e sustentariam a busca do controle do trabalho a partir da gestão fundamentada numa ‘racionalidade gerencial’. Segundo o aludido autor, tal racionalidade tornou-se, no Capitalismo moderno, uma lógica predominante no controle do trabalho em busca de produtividade, sustentada (e sustentadora) nos âmbitos econômico, político e científico. A primeira racionalidade seria aquela que subordina o trabalho a modos de funcionamentos padronizados *a priori*, ou seja protocolos definidores de condutas e comportamentos. Esta seria seguida pela ‘racionalidade gerencial dominante’ que insere um modo de controle disciplinar em esfera geral sobre o trabalho e em um nível mais particular, o controle sobre os trabalhadores, a partir da: “*centralização normativa e descentralização executiva*”. A terceira modalidade do discurso e práticas de gestão é a ‘essencialista’. Uma racionalidade que coloca o ser humano como um recurso. Todas essas perspectivas podem, segundo o autor, mesclar-se em uma única gestão. (Campos, 2010).

Encontramos na Política Nacional de Atenção Básica a explicitação de mecanismos de controle do trabalho a partir da fiscalização de metas, para municípios, distritos e unidades de Saúde da rede SUS. Isso representa bem a lógica da ‘racionalidade gerencial dominante’ que centraliza o planejamento e descentraliza a execução do trabalho a ser realizado. Questões surgem mediante essa lógica produtivista que passa a ser assimilada pela gestão dos serviços públicos de saúde, a exemplo do que apreendemos a partir das observações e entrevistas realizadas nos serviços de saúde e também da análise documental de textos e portarias do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Destacam-se, dessa forma, como questões: qual é o número suficiente de pacientes atendidos por turno / dia de trabalho da equipe? O quantitativo revelado representa realmente um ‘acolhimento humanizado’, com criação de vínculos, de co-responsabilidade e promoção de autonomia e

cidadania, como preconizados nos programas de saúde em vigor? A avaliação quantitativa, por exemplo, de um número sobre pacientes não reincidentes revela real qualidade e resolubilidade do atendimento oferecido? Nesse sentido, veja-se o depoimento abaixo:

*Como atender em um dia de trabalho, 40 pessoas para o Acolhimento Humanizado?!
E ainda incluir o atendimento de saúde mental? Que é um trabalho totalmente diferente da clinica geral? Assim fico doido também!* (ESF Hortência).

A avaliação quantitativa do trabalho para Dejours (2003; 2009), é da ordem da impossibilidade, pois o trabalho real é aquele que acontece diante do inesperado, não previsto, não prescrito e nem normatizado. É o trabalho que se desenvolve com a implicação subjetiva daquele que o realiza. O que ganha destaque quando se trata de trabalho realizado em saúde: acolher e cuidar de outrem-, cujo agente de saúde se mobiliza frente a demanda que um outro ser humano em situação de sofrimento lhe apresenta. Vejamos nas palavras dos autores:

Quando nos colocamos de acordo sobre a definição do trabalho como trabalho vivo, que se caracteriza pela contribuição dada por todos e todas que trabalham, **a avaliação objetiva e quantitativa por meio de ‘medidas’ deixa na obscuridade o trabalho real que se desenrola, em larga medida, à margem dos procedimentos padronizados e das prescrições.** Na falta de discussão sobre o trabalho real, e de se considerar o envolvimento da subjetividade que ele pressupõe (engenhosidade, sabedoria prática e atividade deontológica, estratégias defensivas, dinâmica do reconhecimento), **a avaliação objetiva e quantitativa impõe uma negação à realidade do trabalho.** (Dejours & Gernet, 2009, p. 68. Grifos nossos.).

Surgem, com base nessa compreensão acerca do trabalho e subjetividade indissociáveis na dinâmica dos enfrentamentos, questões a respeito da avaliação quantitativa do trabalho: o cidadão não retornar ao Centro de Saúde seria de fato uma boa medida para se avaliar um acolhimento resolutivo? O controle, agora informatizado, do tempo gasto e quantidade de atendimento realizado por turno/dia de trabalho das equipes – Saúde Mental e Saúde da Família estão medindo (e principalmente viabilizando) a criação de vínculos, a clínica ampliada por meio da co-responsabilização profissional da saúde/usuário?

Os profissionais, mediante estas questões, buscam se organizar frente à avaliação ‘quantitativa’ em nome da qualidade do trabalho de acolhimento: elaboram estratégias de enfrentamento, como, por exemplo, associar o trabalho de acolhimento estabelecendo vínculo e a criação de co-responsabilidades, com um tempo necessário para a escuta, para a visita, para as discussões e orientações necessárias mesmo se para isso for necessário ‘quebrar certos protocolos’. Como é possível perceber nos relatos apresentados a seguir:

*Com tempo você não vai sofrer com tantos controles? **Porque eu faço é pela qualidade do meu trabalho**, porque eu vi que podia resolver uma casa ali bem resolvida [...] então eu não vou ficar preocupando porque eu tenho que fazer mais nove visitas. **Não o meu serviço foi feito em uma visita com um bom acolhimento, boas trocas, boas orientações, que valeu por não sei quantos que pode ser para o mês inteiro. Então foi bem feito e esta única visita valeu.*** (ESF Girassol).

*Aí eu falei: eu não consigo atender mais do que quatro prevenções à tarde. Até porque nossa tarde é pequena. Eles colocaram cinco prevenções [...] você não tem tempo nem pra ir pro banheiro. **Ou você começa a ignorar ou você acaba por adoecer também.*** (ESF Hortência).

Na Política Nacional de Atenção Básica tem-se como um dos dispositivos de gestão do serviço e da assistência da saúde pública o controle quantitativo: “*avaliar o desempenho e os resultados quantitativos das UBS*”. Este é um parâmetro para liberação de verba do Ministério da Saúde aos Estados e respectivos municípios. As políticas de saúde de ‘portas abertas’ e o controle quantitativo do trabalho exercem um ponto de tensão na prática dos trabalhadores da ponta do sistema junto ao usuário: um paradoxo quanto ao número de atendimentos, o tempo gasto e, o ‘acolhimento humanizado’ com ‘criação de vínculo’. Contradições das políticas que fazem efeitos no processo de subjetivação dos trabalhadores da saúde. Vejam-se, portanto, os depoimentos a seguir:

*Parece que a secretaria tem o prazer de falar que é o PSF que vai resolver a situação toda. Porque, na verdade, quando você forma e até pelo contingente de coisas que você tem pra resolver, você trabalha com questão técnica. Ou seja, a gente aqui do Centro de Saúde não consegue resolver tudo que aparece aqui pra gente. Sendo que nós da SF temos que acolher todo mundo que procura o posto. **Agora temos que arrumar tempo para registrar os impressos dos controles. Cansa mais ainda o trabalhador e desvia o nosso foco do paciente.*** (ESF Hortência).

*Ainda temos que fazer todos os registros para nossos registros chegarem. **Cobram da gente fazer acolhimento humanizado nos pacientes, o que está certo. Mas agora esta cobrança de tempo para atendimento e registros é uma loucura, o tiro pode sair pela culatra.*** Ao invés de medir qualidade na atenção fica é o trabalhador do SUS mais estressado. (ESF Girassol).

*“A gente trabalha muito aqui no Centro de Saúde. E agora temos que ter tempo para registrar no computador. **As vezes eu fico na dúvida se olho e escuto o paciente a falar da seus problemas ou se digito no computador.**”* (ESF Lírio).

Pudemos analisar nesta temática das políticas de saúde e o trabalho com saúde mental na Atenção Primária, que existem pontos de contradições. As prescrições postas na Lei nº 8.080/1990, a lei do SUS, e a Portaria nº 648/GM-2006, da Política Nacional de Atenção Básica, apresentam regulamentações para a rede de assistência, colocar a Unidade Básica de Saúde como ‘porta de entrada preferencial no sistema de saúde’, isto é, todo cidadão que

procure o Centro de Saúde deverá ser acolhido. Esses mesmos documentos apresentam um modelo para a atenção à saúde ao usuário, como um trabalho a ser realizado pelos profissionais da UBS, do qual destacamos as prescrições: o acolhimento deverá ser ‘humanizado’; no acolhimento deve-se buscar a criação de vínculo e de co-responsabilidades entre profissional da saúde, usuários e a rede de serviços. Podemos resumir desses destaques, uma proposta política que busca garantir o acesso da população ao sistema com a primeira entrada estando localizada no próprio território de convivências do cidadão. Entretanto, ao se inserir as regulamentações sobre a avaliação quantitativa do trabalho realizado nas UBS, expõem os profissionais das equipes- Saúde da Família e Saúde Mental há uma injunção paradoxal, entre cumprir com metas e acolher de forma a criar vínculos e co-reponsabilidades com o usuário, que em situação de sofrimento mental demanda uma escuta, uma relação, uma disponibilidade de tempo diferenciados. Como esse trabalho vem sendo desenvolvido, ou melhor, como os trabalhadores vêm inventando seu cotidiano no Centro de Saúde é o que discutiremos na sequência.

5.2 - Trabalho das Equipes Saúde Mental e Saúde da Família com Saúde Mental na UBS

Na Portaria que apresenta a Política Nacional de Atenção Básica estão descritas diretrizes de como se deve fazer a atenção à saúde, com nítido destaque para o trabalho em equipes com responsabilidade pela saúde da população de determinado território onde localize a respectiva UBS. Vejamos no trecho abaixo da referida Portaria:

Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção à agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; **trabalho de forma interdisciplinar e em equipe**; e coordenação do cuidado na rede de serviços. (BRASIL, 2006, p. 11, grifos nossos).

Para Campos (2003; 2010) o trabalho em saúde exige técnica e práxis. Este autor recorre a noção aristotélica sobre o saber prático e teórico, sendo este o que trataria do conhecimento contemplativo. Já o saber prático contemplaria a técnica e práxis, ou seja, um conjunto formado pelo conhecimento acumulado que está inserido no saber fazer das categorias profissionais. A técnica ao ser aplicada dispensaria a reflexão crítica, já a práxis ao contrário, exige que o trabalhador se envolva enquanto um agente da ação. Nessa perspectiva

o profissional da saúde ao trabalhar com envolvimento, enquanto uma práxis, torna-se um agente da ação, pelo fato de que nessa dinâmica, o trabalho exigirá uma implicação subjetiva a fim de se alcançar o contexto particular de cada usuário durante o acolhimento. Vejamos nas palavras do aludido autor:

Na práxis, **o agente da ação, ademais do planejamento prévio com base no saber acumulado, deverá considerar o contexto singular em que sua ação se realiza:** outros sujeitos envolvidos, valores, circunstâncias históricas, etc. (CAMPOS, 2010, p. 2340, grifos nossos).

Perspectiva que vai ao encontro do que defende a Psicodinâmica do Trabalho, pois para essa abordagem o trabalho humano é o que se produz mediante as falhas entre o trabalho prescrito, formalizado em protocolos e a situação real com seus inesperados, através da mobilização subjetiva. (Dejours, 1993, 1994, 2003. Lancman et al., 2008; Martins, 2009; Mendes & Araújo, 2011). O trabalho humano mobiliza uma inteligência prática (Dejours, 1993 b) que é transgressiva em relação às normas e poderíamos considerar como uma tangente entre a experiência do coletivo/*metiè* com a singularidade daquele que está envolvido na tarefa. Dessa forma, o trabalho em desenvolvimento, provoca e produz marcas singulares do sujeito que o realiza em interlocução com o coletivo a que está envolvido e as aparições do real, do que não está prescrito, ou, melhor dizendo, entre o saber acumulado, compactuado entre os pares e, os inesperados, o que aparece na lida cotidiana e que não é prescritível *a priori*.

Desta feita, estamos associando o trabalho ao saber prévio, à experiência coletiva, à técnica como apresentado por Campos (2003), mas que se concretiza com êxito se houver implicação subjetiva, a mobilização subjetiva posta mediante os enigmas do trabalho é que possibilita a produção deste e por sua vez, dos sujeitos ali envolvidos. Associamos o trabalho além da técnica, também com a práxis segundo o autor acima, ou seja, o trabalho que se desenvolve na medida da implicação do sujeito, um agir que contempla tanto a esfera técnica, saberes prévios e protocolares, quanto saberes inventados pelo profissional ali envolvido. Daí denominarmos, por muitas vezes ao longo do nosso texto, o trabalho em saúde como um agir em saúde.

Partindo destes pressupostos acerca do trabalho humano, reconhecemos que a prática em saúde é de significativa complexidade por se tratar de uma atividade que envolve, ao mesmo tempo, duas pessoas que se encontram, onde uma delas pressupõe um saber sobre a outra. Este outro sujeito, o trabalhador da saúde terá de recorrer ao saber acumulado, seja na

forma das experiências compartilhadas como também nos protocolos, um saber técnico. Mas a criação de vínculo e de responsabilização, premissas políticas em vigor para que se produza um ‘acolhimento humanizado’²⁸, exige uma relação de intensa troca afetiva, uma dinâmica intersubjetiva. Ou seja, o agir em saúde no atual contexto normativo da legislação e na própria dinâmica da atividade, exige do trabalhador uma significativa mobilização subjetiva durante sua jornada diária, para além do trabalho prescrito nas regulamentações.

Na perspectiva teórica que adotamos o trabalhador é um sujeito que tem em sua história de vida pregressa uma formação psíquica balizada pelos desejos inconscientes e as exigências e convenções da realidade em que se encontra. Portanto, é um sujeito que para além da consciência, do pensar sobre seu sentir, agir e saberes no trabalho, é também um sujeito do inconsciente, cujos desejos e fantasmas buscam dentre outros mecanismos, se atualizar na cena do trabalho. Martins (2009) em uma apresentação da obra de Dejours resume bem a analogia entre a atividade lúdica epistemofílica, a busca de sentidos empreendida pela criança e a busca de sentidos na cena do trabalho na vida adulta. Conforme propõe a autora: *“A curiosidade que busca apenas o investimento da ação mobilizada pela situação de trabalho é herdeira da curiosidade da criança sobre suas origens. O jogo da criança torna-se a atividade da inteligência astuciosa no adulto.”* (MARTINS, 2009, p. 64).

Assim, a mobilização subjetiva recorrente para aqueles profissionais que estão implicados com o agir em saúde, propicia a inventividade cotidiana frente a defasagem e contradições entre protocolos e as demandas do usuário. É neste sentido que estamos chamando trabalho em saúde como um agir em saúde: ao mesmo tempo que os profissionais da UBS acolhem o usuário seguindo prescrições, também há de inventar saídas para se produzir soluções possíveis mediante a escassez de recursos. A inteligência astuciosa (Dejours, 1993b), que encontra espaço para expressão e reconhecimentos entre usuários, colegas e hierarquia superior perfaz momentos de prazer no trabalho. Mas em casos de impedimentos, o sujeito trabalhador se verá em situação de desprazer, de sofrimentos e na

²⁸ Em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização e dentre os diversos documentos produzidos para orientar as respectivas implementações nos Municípios, tem-se o Glossário do Humaniza SUS. Este glossário define que a Humanização da atenção à saúde é “Valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com direitos do cidadão [...]” (Brasil, 2009, p.182). Neste verbete inclui-se ainda como uma das condições para se realizar humanização na atenção a criação de “vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e usuários” (p. 182). Sem entrarmos no mérito da avaliação crítica das políticas por que extrapoláramos nossos objetivos, destacamos o quanto as proposições almejadas para o processo ético-estético-político da humanização do SUS são perpassadas pela demanda quanto ao envolvimento cognitivo, afetivo, atitudinal do trabalhador.

falta de defesas coletivas no trabalho, poderá vir adoecer. O que será discutido no item 4.3 deste capítulo.

A seguir trataremos das análises elaboradas com base nos relatos dos profissionais acerca das atividades que inventam entre as regulamentações protocolares e as contradições, as falhas do sistema e por vezes, as faltas na rede de assistência quanto a Unidades de saúde disponíveis para população fora da situação de crise ou de transtorno mental grave. Como acolher as pessoas em situação de sofrimento psíquico que procuram a Unidade Básica de Saúde?

5.2.1 Acolhimento²⁹ : ‘escutar para decifrar’.

O que mais pega é isto porque você vai escutar aquilo, você não é estudada para falar com ele a coisa certa. Aí você fica pensando o que eu faço, o que eu posso falar para melhorar a situação dele. (ESF Girassol).

Já de início a questão que se apresenta é: a equipe da Saúde da Família estaria preparada para o trabalho com saúde mental, principalmente em relação a grande quantidade de casos considerados leves e moderados, as pessoas como os profissionais denominaram de ‘infelizes’? Para uma escuta inicial, que é o trabalho essencial do Acolhimento feito pelos profissionais da Saúde da Família, poderíamos supor que sim. Contudo o trabalho real, a atividade viva, o agir em saúde na atenção à saúde mental na Unidade Básica é um tanto mais complexo.

Quando se trata de demandas dessa natureza os trabalhadores afirmam que ‘fazem a escuta’ como se ‘fossem psicólogos’. E avaliam que esta escuta faz diferença para a pessoa sofredora, desamparada, abandonada e confusa. Entendem que esse é um momento em que o

²⁹ O Acolhimento Humanizado é apresentado como um dos destaques para a implementação desta proposta programática e de gestão. Vejamos no verbete posto no glossário do Humaniza SUS do que se trata: “O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, **implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de ‘acolher e agasalhar’ outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade pelo caso em questão.**” (Brasil, 2009, p. 23, grifos nossos).

Uma prescrição ampla, complexa que exigirá um investimento significativo do profissional da saúde. Em outras palavras, um trabalho que exige uma mobilização subjetiva, mas sabemos que esta é imprescritível. Como as equipes lidam com esta regulação que encontra em uma injunção paradoxal: exigências quanto a responsabilidade e resolutividade para promover a ‘autonomia e protagonismo do usuário (Brasil, 2004), ao mesmo tempo que a gestão se volta para controles quantitativos de tarefas realizadas? Uma das questões orientadoras da análise do presente item deste capítulo.

usuário tem possibilidade de compartilhar, endereçando sua fala, história e expectativas, a profissionais que são da saúde. Mas estes mesmos profissionais também se interrogam sobre a condução deste tipo de acolhimento ao escutar a pessoa sofrida: estariam fazendo corretamente? O que falam durante os encontros no acolhimento estaria correto? Estão sendo resolutivos?

Os trabalhadores entrevistados demonstraram além do envolvimento com o agir em saúde, dúvidas e anseios em relação ao alcance da ação na vida do outro- o usuário da saúde mental no Centro de Saúde. Outro aspecto que se soma a tais anseios, apresentado de forma unânime entre os profissionais da Saúde da Família e os especialistas da Equipe de Saúde Mental: não ter agenda e nem equipamentos para acolher a maioria dos pacientes ‘neuróticos leves’ que não se enquadram nas prioridades da rede SUS e da rede substitutiva da Saúde Mental do Município de Belo Horizonte- Cersams; Centro de Convivência, dentre outras unidades e serviços. Questões dessa ordem foram manifestadas pelos profissionais ao longo dos nossos encontros.

A equipe de Saúde da Família tem sim uma escuta inicial sim. Por que é o início de qualquer acolhimento. A família também tem condições, as vezes não está preparada. O Programa de Saúde da Família daria conta sim se talvez a demanda não fosse tão grande. (ESM).

Um trabalho com o Sofrimento o tempo todo. Um trabalho que exige muito. É difícil. Por que o sofrimento está aí escancarado e a agenda sobrecarregada da equipe de saúde mental. (ESF Girassol).

Trabalhar na saúde depende da criação de vínculos, o que exige um relacionamento contínuo com o outro – seja colega, seja paciente, seja familiar. Assim, na saúde, como trabalhar sem se envolver? Escutamos durante o acolhimento, mas isso resolve todo o problema daquela pessoa? (ESM).

O trabalho em saúde que busca ações resolutivas para o sofrimento da pessoa, depende significativamente da relação estabelecida, daí o sentido que adotamos em relação ao agir em saúde entre profissional e os demandantes: Usuário; Acompanhante; Familiar. Uma relação que exige envolvimento como posto pela Psicodinâmica do Trabalho, um investimento com o corpo, com o pensar, o sentir e o agir (Mendes & Araújo, 2011). Ou seja, a lida em saúde para ser resolutiva exige significativo envolvimento, um investimento do trabalhador com seu afeto, corpo, saberes e agir. Mas exatamente este envolvimento necessário na prática da saúde, que segundo Campos (2003; 2010) os atuais programas de saúde denominam como criação de vínculo a fim de potencializar a ação resolutiva em saúde, também pode ser potencialmente danoso à saúde do trabalhador pelo grau de mobilização subjetiva. Como dito anteriormente o trabalho em saúde é um agir que se concretiza entre o

saber técnico, o seguir os protocolos e, a práxis, o refletir criticamente e deliberar sobre as particularidades do usuário demandante de acolhimento. Um agir cuja dinâmica desencadeia uma gama de afetos, conscientes e inconscientes, no profissional da saúde.

*Assim, na saúde, como trabalhar sem se envolver? Seria possível? **O trabalho em saúde só é possível se houver envolvimento.***

Mas tenho que ficar sempre atenta, porque senão, quem pode adoecer sou eu a trabalhadora da saúde. (ESF Hortência).

*O processo de **trabalho com paciente da saúde mental é muito complexo e pesado.** Causa muita angústia e ansiedade.*

***Também é muito angustiante a própria realidade que perpassa a saúde e as condições de vida do usuário do SUS. O que não está ao alcance do trabalhador e, mesmo assim, causa muito sofrimento em nós. É um trabalho que tem impacto sim! Não é para qualquer um...** Daí muita gente não ficar aqui no Centro de Saúde. (ESF Lírio).*

O agir em saúde demanda além de recursos necessários- equipes, unidades, recursos tecnológicos, o envolvimento do profissional para que se torne resolutive a ação do agente de saúde frente a demanda apresentada pelo usuário. A portaria que apresenta a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006) prescreve, dentre outros, que o trabalho da equipe de saúde deve passar pela criação de vínculos, com vistas a promover a co-responsabilização também do usuário para com seu tratamento. Para tal o vínculo não deve se restringir somente na relação entre profissional e a pessoa demandante. Torna-se necessário frente a um objetivo tão amplo: “*criar vínculos e produzir cidadania*” (Brasil, 2006), construir laços com outros profissionais, outros serviços.

Cabe, então, novo questionamento: trata-se de uma prescrição político-jurídico para o trabalho em saúde na Atenção Básica que expressa uma complexidade significativa? O que pode potencializar possíveis danos à saúde de quem busca realizar o trabalho com saúde mental na Atenção Básica, até por que os profissionais generalistas da Saúde da Família contam com subsídios para acolher e encaminhar as ‘pessoas sofridas’ quando se faz necessário? Já citamos que a prioridade do SUS e da própria rede de Saúde Mental priorizam as pessoas em crise ou diagnosticadas como caso ‘grave’, o que não perfaz o perfil predominante entre os cidadãos usuários do Centro de Saúde. E quem responde por estas pessoas ‘sofridas’, os ‘neuróticos leves’? A responsabilidade é atribuída à equipe de profissionais generalistas da Saúde da Família, como se pode depreender dos relatos apresentados abaixo.

*Para mim... eu acho que a gente não pode ser... **não tem limite. Você tem que ta com a porta aberta, com os ouvidos abertos a todo tipo de queixa.***

Queixa essa que... a partir do momento que a gente trabalha no PSF a queixa torna-se mais aberta . Queixa de todos os sentidos: queixas clínicas, queixas psicológicas, queixas familiares em relação a perdas, a transtornos mentais... queixa em relação a tudo. O problema dela é físico, é clínico, é psicológico. Mas temos capacidade e retaguarda para tamanha responsabilidade? (ESF Lírio).

O que melhorou pra mim nestes cinco anos que eu to no PSF, eu nunca fiz nada de psicologia, foi uma escuta mais rica. Entender que a dor dela é porque ela perdeu o pai, é porque a mãe morreu. Houve uma melhora na escuta. Como a gente tem porta aberta, oito horas, o dia inteiro, nos estamos acolhendo e escutando. Mas isso é suficiente para promover saúde e cidadania do usuário? Esses são os objetivos que repassam para nós aqui da Saúde Primária. Conseguimos fazer isso tudo com a estrutura atual do SUS? Sinceramente, seria possível?! (ESF Lírio).

O profissional generalista da Saúde da Família- médicos, enfermeiros, auxiliares e agente comunitário de saúde-, possui uma formação voltada para atuação em clínica geral e com prioridade na prevenção, no acolhimento e cuidados em nível primário (Brasil, 2006; 2008). Já o trabalho com as pessoas demandantes de atenção em saúde mental, exige um acolhimento, uma escuta, uma clínica diferenciada, que os trabalhadores da Atenção Primária, participantes das entrevistas, afirmaram desenvolverem com a ‘prática do dia a dia’. Podemos analisar os saberes que são elaborados no dia a dia, enquanto uma ‘inteligência prática’ como defende Dejours (1993b; 1993c; 2003).

A escuta no acolhimento é uma ‘clínica aprendida’ com o tempo de experiência e apreendida das relações significativas do cotidiano de trabalho no Centro de Saúde, uma inteligência astuciosa que os trabalhadores da Atenção Primária desenvolvem diante dos imprevistos e peculiaridades mediante as demandas das ‘pessoas sofridas’. Associamos o agir em saúde, principalmente frente aos inesperados na lida com usuários da saúde mental realizada por generalistas, a um trabalho de astúcia, inventividades. Mobilização subjetiva desencadeada pelo acolhimento do usuário do SUS em especial diante das peculiaridades da ‘pessoa sofrida’ que se apresenta no Centro de Saúde, que pode gerar no profissional envolvido na atividade, a produção de saberes e estratégias, conforme é reconhecida pela Psicodinâmica do Trabalho, como apresenta Martins (2009):

Para fazer frente ao inesperado, ao que escapa à prescrição, o sujeito mobiliza um tipo de ‘inteligência em ação’, ancorada no corpo e nas camadas obscuras da personalidade com raízes na singularidade do seu compromisso e da sua história. Isso quer dizer que, ao enfrentar o sofrimento desencadeado no confronto com o real, mediante a inteligência em ação, há uma mobilização da energia pulsional, guiada por fantasias (fantasmas) e pela formação de compromisso entre desejo e realidade”. (Martins, 2009, p. 63, grifos nossos).

Conforme verbalizado por alguns profissionais entrevistados, trata-se de um trabalho – o acolher – para o qual eles não tiveram formação acadêmica. Entretanto, a prática do dia a dia, o trabalho vivo que se desenvolve em relação viva e direta com uma pessoa em sofrimento, é um trabalho no qual se elabora uma ‘prática subjetivante’, uma ‘inteligência prática’ como afirma Dejours (1993b; 1993c; 2003).

O profissional da saúde se vê às voltas com necessidades de acolhida quanto à saúde mental para as quais não se tem um fluxo padronizado, um protocolo padrão ‘como na vacinação por exemplo’ e, nem uma única prescrição medicamentosa que resolva o ‘problema da dor que anda’, ao contrário do que ocorre com a ‘vacinação, por exemplo’, em que tais determinações existem. Vive-se, então, um agir em saúde que coloca em intensa mobilidade afetos, o pensar, o corpo, a subjetividade do trabalhador frente ao usuário. Tais afirmações podem ser corroboradas a partir dos depoimentos a seguir.

O trabalho com saúde mental não está escrito em nenhum formulário, em nenhum papel. É diferente como, por exemplo, com a vacina. Aqui você sabe que tem que tomar no intervalo de tais meses.

Agora esta questão de acolher paciente da saúde mental... você tem que saber o que falar com a pessoa, porque não tem nada nos procedimentos que orientem sobre aquelas queixas, aquele sofrimento.

É esta questão psicológica do pessoal da Saúde Mental e da Saúde da Família em especial, é lidar com um usuário que é sempre muito complicado. (ESF Lírio).

É uma clínica específica. Não é como a clínica geral. Porque a gente tem que aprender a decifrar as queixas e o tratamento é específico. Tem a questão que a demanda é espontânea. Ou seja, a gente não tem o grupo de controle como é o caso de diabetes por exemplo. É isso aí... é um trabalho que a gente não tem controle. Isso mexe com a gente: é ansiedade, frustração, angústia... As vezes vem tudo junto. (ESF Hortência).

Como se pode depreender dos relatos acima transcritos, trata-se de uma clínica para a qual a equipe generalista da Saúde da Família não tem como fazer grupos de controle, fazer um planejamento já que há demanda significativa de procura espontânea, inclusive com grande contingente para o Centro de Saúde para atualizar a medicação psiquiátrica. O trabalho com saúde mental realizado pelos profissionais das equipes Saúde da Família e Saúde Mental na Atenção Primária os faz confrontar, cotidianamente, com exigências sobre o manejo subjetivo de si próprio mediante os afetos e demandas do usuário da ordem do imprevisível. É uma clínica, um trabalho de acolhimento da pessoa em situação de sofrimento psíquico que tem exigências peculiares e deste modo, o imprevisto pode aparecer diante do profissional da saúde a todo momento. Um inesperado que ora é cansativo, ora é amedrontador e, que é sempre tenso.

Quando eles vêm aqui no Centro de Saúde a gente tem que atender na hora que eles demandam. Porque senão vira confusão, na mesma hora. A gente tem dar prioridade. (ESF Hortência).

Fazer o acolhimento ao paciente da saúde mental é trabalhar com imprevistos. Por que com eles a gente nunca sabe o que está por vir, o que pode aparecer... é sempre tenso! (ESF Girassol).

A gente não sabe qual será a reação deles. Pode ser até agressão física como já aconteceu comigo. Então a gente tem que dar prioridade. (ESF Lírio).

Lembremos que o trabalhador da saúde está imerso na teia de representações sobre a loucura que ainda é perpassada por estigmas historicamente construídos. Neste sentido é também uma clínica, um trabalho que exige deciframentos, inclusive em relação aos preconceitos – certa vergonha social sobre a doença mental.

O trabalho de acolhimento de pessoas em situação de sofrimento mental é uma atividade enigmática que exige deciframentos, interpretações e análises bem cuidadosas, para que se consiga seja adesão ao tratamento ou a uma terapêutica alternativa. Assim para além dos preconceitos sociais, o imprevisto, o inesperado, o real pode fazer aparições, em forma de resistências diversas, com que os profissionais da Saúde da Família e da Saúde Mental se vêem envolvidos no cotidiano do Centro de Saúde. As falas a seguir são exemplares desse trabalho de deciframento de enigmas, perpassados, também, por preconceitos contra a ‘doença mental’.

Os usuários da saúde mental são muito complicados. Eu tinha em minha lista 18 pessoas que responderam usar algum medicamento psiquiátrico – a maioria era antidepressivo e para ajudar a dormir.

Chegou semana passada a lista atualizada da farmácia Distrital, o número de pessoas da minha região que usa esse tipo de medicamento é de 48 pessoas.

E por que as pessoas não me disseram? Por que ainda tem muito preconceito social e, aí só falam com o médico lá dentro do consultório. (ESF Girassol).

A gente que é ACS e já está nesta lida há uns dez anos é difícil. Pois fomos escolhidas exatamente por morarmos na mesma região dos usuários.

E se isso ajuda por um lado, também atrapalha. Porque a pessoa fica com vergonha de falar que toma Haldol, que usa anti depressivo por que está com problemas com o marido e filhos, sendo que todos somos conhecidos.

É complicado né? Por que em relação a SM temos ainda muitos preconceitos. (ESF Lírio).

Hoje a questão do sofrimento mental faz parte da grande maioria da população. Então a gente tem que aprender a conviver com isso: muitos vem buscando uma solução para problemas familiares, desemprego, nervosismo, problema com sono, ... Enfim, são queixas de sofrimento mental relacionados aos problemas cotidianos. (ESF Hortência).

A gente tem que ter jogo de cintura, porque os problemas destes pacientes são iguais aos nossos, tá na vida dos dias de hoje. (ESF Lírio).

O agir em saúde na Atenção Primária com saúde mental coloca limites para os profissionais. Os especialistas da equipe da Saúde Mental reclamam do excesso de agendamento e, também reconhecem que tem um montante de pessoas que ficam desatendidas por faltar equipamentos para possíveis indicações de tratamento. As equipes de Saúde da Família manifestam insatisfação por não conseguirem ser resolutivas com os ‘queixosos’, as pessoas ‘infelizes’, que sempre estão de volta ao Centro de Saúde em busca de uma solução para sofrimentos cujas causas estão muito além do alcance das equipes de saúde. Tais usuários procuram as mencionadas unidades de saúde com um sofrimento para o qual não tem medicação que resolva aquele problema e, saber disso provoca nos sujeitos trabalhadores, tanto da Saúde da Família quanto da Saúde Mental sentimentos de angústia, desânimo, constrangimentos e desgastes decorrentes do trabalho. É possível notar nos depoimentos abaixo.

O trabalho de escuta aqui no Programa da Saúde da Família ajuda sim, mas não resolve. O trabalho com Saúde Mental toma o nosso pensamento, a nossa hora de descanso. P. ex, tenho um paciente que quando vou dormir fico pensando: o que seria possível fazer pelo Alexandre? O que eu estou fazendo é suficiente? Qual o limite real entre falar de suicídio e cometer o ato?

Toma a gente este tipo de trabalho, com este tipo de demanda de usuário da Saúde Mental. (ESF Hortência).

Diabetes, colesterol, prevenção, não sei o quê... tecnicamente a gente sai da escola sabendo sobre isto, a gente continua lendo sobre isso, então é mais fácil a gente atender pneumonia do que atender a dor que anda. Eu falei : o que eu vou fazer com esta dor dela?

E eu estou vendo que não tem remédio...e ela quer remédio, quer exame. Fomos trabalhar esta questão da falta de memória dela, da insônia, do não sei o quê... você tenta explicar que não tem nada orgânico, mas a pessoa não quer entender, não quer aceitar. (ESF Girassol).

Como já discutido em momento anterior desta tese, entendemos o trabalho vivo em saúde mental como um agir em busca de deciframentos de enigmas, e que ganha mais complexidade em razão do número de pessoas que procura ou são encaminhadas para as UBS. Uma prática que exige ser decifrada, seja pela ‘dor que anda’, seja pela ‘dor invisível’, seja pela dor diante de situações de vida muito sofrida, seja pela falta de recursos quanto à agenda da Equipe de Saúde Mental ou de outras opções de unidades do SUS para possíveis encaminhamentos. Há de se decifrar as peculiares demandas, até porque do contrário, a ‘sensação de impotência’ pode se afirmar desmobilizando o trabalhador e as estratégias coletivas de defesa. Um trabalho que exige mais que dedicação, impõe necessariamente o envolvimento subjetivo com a tarefa, os recursos disponíveis – ou a falta deles – com os

meios de trabalho, com a técnica, conhecimento prático, experiência e, principalmente com a capacidade inventiva diante das faltas e dos imprevistos.

Para que o profissional possa se envolver no trabalho de decifrar a demanda, o que implica o trabalho de traduzir, projetar e agir diante da pessoa que está em sua frente, faz-se necessário um investimento cognitivo, afetivo, disponibilidade procedimental e relacional: ‘Escutar para decifrar’. O trabalho de acolhimento da ‘pessoa sofrida’ pode causar prazer em relação aos êxitos e reconhecimentos, ou pode tornar-se uma atividade que desencadeia sofrimento e até mesmo adoecimento nos profissionais mediante as impossibilidades de deciframento- de criar soluções e encaminhamentos especializados. Tais afirmativas podem ser corroboradas a partir dos relatos.

A porta é muito aberta e a gente não tem qualificação para tudo isso...O trabalho com saúde mental não é brincadeira! (ESF Girassol).

O paciente da saúde mental sempre está queixoso, poliqueixoso. O braço mal levanta. Às vezes está com dor de cabeça, mas está tomando café e a cabeça está doendo...tem que dar um remédio para dor de cabeça, entendeu? É bem complicado o doente mental. É um trabalho diferente da clínica geral, por que não tem remédio certo e nem prevenção com vacinação! É um trabalho especial e que pode colocar a gente doente também. (ESF Hortência).

Já prevendo a extensão e intensidade dos encargos atribuídos a equipes das UBS, os programas e diretrizes em vigor, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil 2006) e a Portaria que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF (Brasil, 2008) elencam o trabalho interdisciplinar em equipes multiprofissionais, como um recurso que poderá potencializar a ação em saúde na Atenção Primária. É o que discutiremos no próximo item.

5.2.2 Equipe: um coletivo de trabalho?

É um trabalho de equipe, que a gente vai resolver, independente se a médica está ou se a enfermeira está.

As meninas vão, fazem uma escuta. Todo mundo aqui faz o acolhimento. Até o porteiro já faz. E já vai vendo os casos mais graves vai passando. O que ajuda todo mundo: o usuário, o pessoal da recepção e nos aqui no acolhimento. É muito bom por que se eu não estou, vem outro médico e resolve. A gente não tem problema de equipe por que na hora que precisa todo mundo ajuda. Agora, isso foi uma construção e hoje funcionamos assim porque já descobrimos que assim todo mundo sai ganhando. (ESF Lírio).

Medidas de expansão do SUS pelo Pacto de Saúde (Brasil, 2006; 2008) e diretrizes da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003), expressam na rede de assistência da Atenção Básica em duas frentes: na Saúde da Família como uma estratégia organizativa da atenção à saúde no território adscrito para cada Unidade Básica de Saúde se responsabilizar e atuar e, na Saúde Mental como busca de reinseração social do portador de transtornos mentais em seu território de convivências através dos equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Culminam-se nesta conjuntura histórica, no Município de Belo Horizonte, a responsabilidade para as equipes de Saúde da Família e Saúde Mental alocadas na rede da Atenção Primária nos Centros de Saúde, o acolhimento e acompanhamento dos usuários moradores na vizinhança da respectiva UBS, incluindo também as pessoas em situação de sofrimento mental (Belo Horizonte, 2003; 2006). Os trabalhadores de saúde generalistas que formam as equipes de Saúde da Família, deverão contar com o apoio dos especialistas em saúde mental para realizarem as atividades junto aos usuários. Apoio denominado de matriciamento, uma metodologia de trabalho de assistência às equipes de Saúde da Família que foi formalizado pela Portaria nº 148/GM, de 2008, quando se oficializou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família –NASF (Brasil, 2008), a atual estratégia que almeja viabilizar apoio e assistência aos profissionais generalistas alocados nos Centros de Saúde.

Na cidade de Belo Horizonte, o matriciamento ocorre além das equipes dos NASF, também pelas equipes de Saúde Mental alocadas em alguns Centros de Saúde. É a partir dessa composição- a Equipe de Saúde Mental apoiando os profissionais da Saúde da Família quanto ao acolhimento dos usuários em sofrimento mental-, que focalizamos nossa atenção na análise das entrevistas com equipes- Saúde Mental e Saúde da Família.

O trabalho em equipe está colocado na documentação oficial- SUS e do SUS-Belo Horizonte, como um modo de estruturação da organização do trabalho em saúde na Atenção Primária a fim de viabilizar o funcionamento da ‘porta aberta’ e ‘acolhimento humanizado’ na ‘porta de entrada’ no sistema, como ainda torna-se uma estratégia de enfrentamento das demandas ‘crescentes e complexas em relação à saúde mental’ (Belo Horizonte, 2006).

Frente a uma rotina de trabalho intensa, entre vinte a trinta pessoas atendidas por dia, o trabalho compartilhado, o trabalho em equipe parece ser uma estratégia que se busca para a lida da complexidade e também do quantitativo de demandas que procuram pelo Centro de Saúde.

E também se trabalha muito... com a nossa equipe.por exemplo, o acolhimento nosso é 20 a 30 pessoas diárias...então nossa equipe é forte, é unida. E se não for assim, ninguém daria conta. (ESF Girassol).

É lógico que se você chegar lá e achar a pessoa surtada vocês vão voltar. É lógico que vocês não são bobas de entrar sozinhas... Aí tem de chamar junto a equipe. O bom da equipe é exatamente isso: poder contar com um colega na hora da 'pega'. Entendeu? Se não funcionar a equipe, o Centro de Saúde não funciona. Isso a gente já aprendeu, apesar de todos os pesares. (ESF Hortência).

Um tem que atender o paciente do outro. Isso é um combinado entre a gente. Assim o Centro de Saúde funciona e todo mundo sai ganhando. O trabalho em equipe foi uma invenção maravilhosa do SUS, ainda que nem toda equipe funcione igual. A gente sabe que depende também da gestão, né? (ESF Girassol).

O trabalho é um resultante da inventividade, ‘de achados e descobertas’ (Lancman et al., 2008, p. 177-178). Nesta perspectiva, vê-se uma racionalidade subjetiva na ação que por um lado decorre da mobilização do sujeito implicado no agir em saúde e, por outro lado, o sujeito espera um reconhecimento pelo seu feito. Reconhecimento que passa pela hierarquia da organização do trabalho e também pelos pares. É nesta dimensão que se constrói na relação de confiança e cooperação que se constrói um ‘Coletivo de Trabalho’, que para além de equipe forma um grupo, como posto pelos autores: “*Grupo de pessoas que compartilham regras de ofícios ou experiências acerca da atividade*” (LANCMAN et al., 2008, p. 177).

O trabalho não se limita à dimensão individual na medida que, para se efetivá-lo, necessita-se tanto da inventividade singular, quanto da apropriação do saber-fazer coletivo. Mas há uma diferença determinante entre equipe de trabalho e coletivo de trabalho que passa pelos acordos tácitos e reconhecimentos entre os pares, os colegas que compõem o conjunto. Vejamos nas palavras dos autores:

No caso daqueles que são levados a trabalhar em conjunto, importa elaborar e tornar estáveis regras práticas de trabalho aceitas por todos. **As regras de trabalho organizam e estruturam, de um lado o trabalho concreto e, por outro lado, organiza modalidades de cooperação.** Com efeito, **o coletivo de trabalho é sempre constituído em torno de regras comuns cuja construção deriva do próprio coletivo.** Na ausência disso, **há apenas um grupo ou uma reunião de pessoas** que podem, eventualmente, compartilhar interesses comuns. (Dejours & Gernet, 2009, p. 63, grifos nossos).

Forma-se, assim, um coletivo de trabalho quando se estabelece e se mantém um campo relacional entre pares, colegas de trabalho, que ao se mobilizarem entre confiança, cooperação e reconhecimento, inventam e compartilham novas saídas para os impasses do trabalho, que podem gerar novas regras tácitas para o funcionamento do trabalho em maior coerência com aqueles que o realiza. Temos, portanto, uma diferenciação entre equipe e coletivo de trabalho: equipe tratar-se-ia de um agrupamento envolvido pela realização de tarefas. Já o coletivo de trabalho compartilha vivências e inventividades que ao operarem novas formas de se realizar atividades, compartilha-se também estratégias defensivas. Desta

feita, a equipe realiza a tarefa em conjunto, enquanto o coletivo de trabalho inventa e compartilha outros modos de realizar as atribuições, com regras tácitas elaboradas e compartilhadas, que também agem como defesas para este mesmo coletivo diante dos constrangimentos decorrentes do trabalho. (Martins, 2009).

Isso é um ponto positivo. Uma ótima relação de todos nós, todos os funcionários. Médica, enfermeira, ACS e auxiliar tem uma ótima relação. A gente dentro do nosso ambiente a gente consegue transitar, tem um espaço ali [...] a equipe se mobiliza dentro dos nossos critérios estabelecidos entre a gente para pelo menos dar conta daquela demanda mais urgente. Uma tentativa de suicídio, infarto, a gente se mobiliza... é uma equipe unida. Se eu não estou, eles estão aqui e vão resolvendo. (ESF Lírio).

Entre o respeito às normas prescritas e a possibilidade de ‘subversão’, outras regras passam a balizar o trabalho vivo entre aqueles que ali convivem: uma ‘sabedoria prática’ compartilhada. Vejamos na avaliação dos autores:

A sabedoria prática, que é uma inteligência deliberativa, está voltada para ação, para proceder a rearranjos na organização prescrita do trabalho, estabelecida em acordos normativos. Graças à atividade deontológica, os acordos firmados em regras de trabalho podem tomar o lugar de ordens formais da coordenação. (Dejours & Gernet, 2009, p. 63, grifos nossos).

Quando as equipes de Saúde Mental e Saúde da Família conseguem formar um coletivo de trabalho, pensamos que nesta situação opera-se um arranjo enquanto estratégia de enfrentamento à ‘demanda excessiva com a saúde mental mediante a escassez de equipamentos do SUS e recursos humanos capacitados’, possibilitando por consequência o acolhimento acontecer nas UBSs nas atuais circunstâncias. A organização do trabalho quando orientada através de equipes, se elaborada e mantida viva, operacionaliza o trabalho é o que podemos chamar de coletivo de trabalho: inventividades frente aos constrangimentos da lida na saúde, inventividade e novos acordos elaborados e divididos em grupo. A invenção é inicialmente testada e, se houver relação de confiança se compartilha, formando uma nova regra socialmente aceita pelos envolvidos neste mesmo trabalho. Uma vez reconhecido pelos pares como resolutiva, esta ‘nova/outra maneira de se fazer’ será apropriada coletivamente e passa a servir como um regulador das relações destas pessoas no trabalho (Dejours, 1994). Mas vale ressaltar que o coletivo de trabalho operante de estratégias de enfrentamento não é prescritível e nem regulamentado por Leis, Portarias ou protocolos. Depende dos modelos da

organização de trabalho, de gestão e do campo relacional intersubjetivo que se estabelece no cotidiano do trabalho.

Ao investigarmos as ações em saúde, o trabalho vivo com saúde mental na Atenção Primária é possível fazer aproximações acerca da articulação de um coletivo de trabalho: trata-se de um trabalho que exige um operar com o imprevisto, portanto ao se compartilhar de uma inteligência prática (Dejours, 1994 b), potencializaria, assim, o agir em saúde (Campos, 2000; 2010; Merhy, 2006;. Campos, 2005) onde todos podem sair ganhando: trabalhadores e usuários.

Como dito anteriormente, uma organização de trabalho que viabilize a formação de coletivo de trabalho não é passível de prescrição, nem via regulamentação legal, uma vez que depende diretamente da relação de confiança e reconhecimentos que viabilizariam a cooperação entre os envolvidos nas mesmas atribuições e responsabilidades. Portanto, podemos considerar que nem toda equipe – seja da Saúde Mental ou Saúde da Família, passa a se organizar enquanto coletivo de trabalho. E quando o trabalho é desenvolvido no território, a equipe desenvolve outras estratégias para tornar o trabalho possível e fazer os contornos frente aos riscos que se apresentam em um terreno ora receptivo, ora escorregadio, ardiloso, enigmático, como veremos a seguir.

5.2.3 Trabalho no território: decifrar enigmas?

Teve uma vez de risco mesmo... Nos fomos lá na casa do paciente da saúde mental e os cachorros estavam enlouquecidos neste dia. Todo mundo alias na casa estava enlouquecido nesse dia... acabou que soltou os cachorros lá, não sei...

Entrar na casa do paciente da saúde mental é sempre arriscado, porque não temos nenhuma garantia do que vamos encontrar e nem sabemos como seremos recebidos quando o trabalho é na casa do paciente transtornado. (ESF Girassol).

A organização da rede de assistência na Atenção Básica e respectiva composição das equipes das Unidades Básicas de Saúde se fazem por territórios com seus respectivos indicadores epidemiológicos e de vulnerabilidade social (Belo Horizonte, 2009), uma das diretrizes da estratégia Saúde da Família, enquanto eixo estruturante da organização dos sistemas de saúde pública nos municípios brasileiros. Na Portaria que oficializa a Política Nacional de Atenção Básica, já no capítulo I, dos Princípios Gerais, delimita-se o escopo de atuação das equipes voltado para o território de responsabilidade:

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, **sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a população de territórios bem delimitados**, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (Brasil, 2006, p.10, grifos nossos.).

O território é uma delimitação espacial onde vive determinada população que deverá ser acolhida e acompanhada nos respectivos tratamentos, é também um espaço relacional, político e cultural onde se estabelecem, ou não, laços sociais (Amarante & Lancetti, 2006). A gestão municipal responsável pela implantação e manutenção da rede de assistência SUS na Atenção Primária tem “*Responsabilidade pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.*” (Brasil, 2006, p.12). Nota-se, portanto, que o território é um organizador central da rede de Atenção Básica para a distribuição de Unidades Básicas de Saúde e para a alocação de profissionais nas equipes- de Saúde da Família e de Saúde Mental, no caso do Município de Belo Horizonte.

As equipes de saúde da Atenção Primária, SM e SF, se tornam, desta maneira, responsáveis pela saúde da população circunvizinha, adstrita à Unidade que estes profissionais estejam alocados. O profissional se coloca como um agente de saúde ao se implicar na busca do acolhimento e tratamento das necessidades de saúde do cidadão que vive nas redondezas da UBS. Quando este agir acontece no interior da casa do usuário há uma relação mais íntima pelo acolhimento acontecer no local da vida privada da pessoa. Trata-se, então, de uma relação que, por um lado, potencializa o estabelecimento de vínculos favoráveis a produção de saúde e, por outro lado, amplia a responsabilidade, convocando maior engajamento pela busca de soluções.

Como se pode observar, essa organização do trabalho extra-muros da UBS, refere-se a um movimento que encontra muitos obstáculos tanto no interior da própria unidade de saúde, quanto na rede circunvizinha e na própria rede de assistência do SUS. Assim, nessa situação de trabalho, o profissional da saúde quando está implicado afetivamente e mesmo quando disposto a agir, encontra-se frente às limitações, contradições de um contexto histórico que, de um lado, através da legislação da saúde preconiza o acesso universal e equânime a saúde. Mas, de outro lado, a rede de assistência com suas limitações, coloca, sem entretanto, apresentar opções de recursos suficientes para viabilizar a condução resolutiva do caso, o trabalhador da saúde frente a um outro ser humano em situação de sofrimento, que lhe confia uma demanda. Essa afirmação pode ser validada pelos depoimentos transcritos.

Porque a gente fica com uma responsabilidade enorme na mão da gente. Como eles têm um vínculo muito grande com a gente, a gente está dentro da casa deles, eles conversam com a gente, assim, contam a vida deles abertamente.

Então, eles querem que a gente resolva para eles. Ou seja, se você não resolve, as vezes eles ficam até com raiva. (ESF Girassol).

Aí tipo a gente passou por uma situação que a gente se viu presa dentro da casa e os cachorros todos lá dentro soltos, mas consegui fazer a medicação e saímos correndo... nesse dia a gente quis abrir mão: “olha, não dá mais, e tal!” No entanto... voltamos lá. Por que é uma família que é da nossa área, então é nossa responsabilidade cuidar deles. Mas não é fácil, nesta casa todos tem problemas... mas a gente da Saúde da Família não pode escolher entrar ou não na casa. É nosso território, é nossa responsabilidade. (ESF Lírio).

Toda dificuldade que a gente tem ...com paciente da saúde mental... apesar da vontade de desistir, vamos tentar mais uma vez, vamos tentar de novo entrar na casa dela. Olha que queremos é ajudar e ainda assim é sempre muito difícil conseguir entra lá! (ESF Hortência).

O trabalho no território com saúde mental está carregado de representações sociais acerca da ‘loucura’ e também das experiências práticas dos profissionais generalistas da Saúde da Família. Ir até a casa da pessoa em situação de sofrimento mental é sempre um momento carregado de muita carga afetiva em razão dos imprevistos e riscos. Em alguns encontros os profissionais chegaram a comparar o trabalho de entrar na casa do usuário da saúde mental como entrar na casa que tem cachorro. ‘Onde os donos geralmente falam que pode entrar que o cachorro não morde, mas o trabalhador da saúde é um estranho’ e, neste caso pode causar estranheza e reações imprevistas, inesperadas, reações estranhas no caso do “paciente da saúde mental, os transtornados”.

Como eu não sei se a família tem controle sobre aquela pessoa, eu fico receosa. A família fala - pode entrar, mas eu não entro. Eu não arrisco, por que sei que tem pessoas que são muito agressivas. Eu não tenho coragem de entrar. (ESF Girassol).

Paciente doente mental é complicado. Quando a gente vai na casa deles a gente não sabe como será recebido, se o Pc está medicado ou não. É perigoso e exige muito da gente. (ESF Hortência).

Lidar com usuários da saúde mental no território é posto como uma atividade atravessada continuamente por inesperados, imprevistos que desafiam as estratégias de trabalho e de defesa dos profissionais, principalmente quando estes se deslocam até a moradia. Entretanto, há um outro território não legislado, não normatizado pelas políticas de saúde, território que se estabelece na relação entre o profissional e o usuário. Um território que ora pode ser frutífero de boas decisões, ora pode se tornar pantanoso e obscuro, pela falta de interlocução e escassez de recursos. Um território relacional que se concretiza no momento do encontro entre duas pessoas, com expectativas por vezes compartilhadas: o paciente que

demanda por acolhimento e solução para seus sofrimentos e, o profissional que acolhe, escuta a fim de viabilizar caminhos para se chegar à desejada solução.

Existe um território que a legislação não legisla... (ESF Lírio).

"[...] porque existe a legislação, existe territorialidade, existe território da casa, mas existe outro território que é o emocional. Relacional, e esse território a legislação não pode legislar sobre ele.

Então é a vontade, é o querer [...] do trabalhador, do profissional da saúde querer interagir com o usuário. E por outro lado, a disposição do usuário, que dependendo do dia, não te ajuda em nada... difícil. (ESF Lírio).

As vezes ele consegue provar que precisa da medicação mesmo não sendo permitido. Ah, meu marido bebe, me bate, meu filho mexe com droga, minha filha ta grávida. Eu quero diazepam!

Se você tomar o diazepam seu marido vai continuar te batendo, bebendo, seu filho vai continuar mexendo com droga, você também, porque não deixa de ser uma droga. E a sua filha não vai desengravidar.

A paciente responde que com o remédio pelo menos eu melhora e chora menos. (ESF Lírio).

Entendemos, com base nas vivências relatadas pelos entrevistados e em nossas observações, que o território intersubjetivo é o que faz funcionar a dinâmica do trabalho em clínica: uma atividade de escuta e de interlocução entre profissional da saúde e usuário em busca de soluções, por vezes de inventividade que produzam saúde. Uma característica do trabalho em saúde que aparece enquanto prescrição e regulações de documentos da SM e da SF, os quais objetivam, dentre outros, por diretrizes para o acolhimento e o compartilhamento das orientações. (Brasil, 2006; 2008). Esse quadro nos faz interrogar: quais efeitos são vividos pelo profissional quando se trata de acolher pessoas em situação de sofrimento mental, pessoas que se encontram em uma lógica peculiar para se posicionarem na vida? Quais arranjos são elaborados mediante o trabalho na moradia de pessoas em situação de sofrimento mental?

Considera-se, desse modo, um território que se constrói e delimita na medida da disponibilidade dos que ali se encontram na cena da clínica, do acolhimento, do agir em saúde do profissional em relação ao usuário do SUS, portanto, um território imprescritível, impossível de ser regulamentado à priori. Campo relacional que se estabelece na ação em saúde com algumas situações de sofrimento do cidadão e suas queixas, colocando para o trabalhador os limites entre dilemas éticos e a angústia frente a uma demanda para a qual nem sempre se tem solução. Situação que provoca, conforme relataram, ansiedade e desânimo nos profissionais das equipes da Saúde Mental e da Saúde da Família.

*Não deixa de ser uma minimização do sofrimento daquela coitada que tá ali. Mas, tá certo isto? **Você está jogando a sujeira pra debaixo do tapete.** E está tirando desta paciente, desta senhora, a chance dela reagir. **Porque com o tranquilizante a paciente vai dormir. Ok! Mas ela irá reagir menos ainda aos maus tratos de dentro da sua casa.** (ESF Lírio).*

Como vimos discutindo ao longo deste trabalho, a prática que se desenvolve durante uma relação que se constrói entre duas pessoas, sendo uma demandante e outra a profissional da saúde que deverá acolher e solucionar a demanda, ainda que seja através de encaminhamentos, não é passível de ser totalmente prescrita ou normatizada a priori. O trabalho no território em saúde mental também é entrar em um território intersubjetivo, afetivo, sendo desta forma uma relação sempre imprevisível. O que aponta para os limites concretos da rede de assistência quanto a escassez de unidades e outros recursos, limites dos programas de saúde quanto ao acolhimento de parcela significativa da população que não se enquadra nas prioridades do SUS: a clientela que não é ‘caso grave’, como se pode afirmar com base nos relatos a seguir.

*Dando o remédio, você vai tirar a chance dela de falar assim: ‘você não vai me bater mais, se beber não fica mais aqui, você que engravidou vai se virar com seu filho e você que está mexendo com droga ou sai daqui ou para de usar’.
Então, você tira das pessoas a condição de reagirem... coloca ela no estado de anestesia. Agüentando coisa que não era para agüentar...
Mas não dar o remédio e colocar o que no lugar? É um dilema, né? (ESF Lírio).*

*Até porque esta mesma senhora, como todos os casos do sofrimento social, **vai voltar é aqui para nós.** Estas pessoas voltam a te procurar aqui no Centro de Saúde. (ESF Lírio).*

O trabalho com saúde mental na UBS e no território diz, portanto, de uma área relacional e dinâmica, um espaço de convivências. Território assim compreendido em sua complexidade, como nos afirma Nunes et al. (2007, p. 2380), em um estudo realizado com profissionais da SF da rede de Atenção Básica da cidade de Salvador/BA: “*Local de convivências, de significações, afetos onde se faz e mantém os laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político de cidadãos*”.

É, portanto, justamente no território onde se encontram os programas das políticas de Saúde Mental e de Saúde da Família, que acontecem no movimento de expansão do SUS através da Atenção Básica (Brasil, 2003; 2006), quando se busca acolher todo cidadão, incluindo aí as pessoas em situação de sofrimento mental, tendo como referência a equipe de Saúde da Família.

Por não ser possível prescrever diretrizes para o que é da ordem do real, do trabalho que emergirá no encontro entre profissional com o usuário e a sua queixa endereçada àquele,

o agir em saúde tanto abre espaços para expressividade das particularidades, como também pode colocar situações de desamparos. Como destaca Dejours (2003a, 2003b): por um lado a lacuna entre o prescrito e o real no trabalho permite a aparição do sujeito trabalhador, ao criar modos operantes e relacionais próprios e mais funcionais aos desejos e crenças com a respectiva realidade e suas exigências. Por outro lado pode também expressar fragilidades do sistema diante do momento que uma pessoa dirige a outra um pedido de ajuda frente a sofrimentos que todos nós podemos nos deparar. E quando não se tem respostas frente à situação tão próxima- nesse território construído durante o momento do acolhimento- faz-se presente a angústia, um sofrimento que aparece agora para o trabalhador, como eles mesmos disseram sob a ‘forma de sensação de impotência’.

Um dispositivo que as políticas governamentais disponibilizam por reconhecer a extensão e complexidade que ganhou o trabalho das equipes nas UBS, é o apoio técnico-assistencial ofertado por especialistas aos profissionais generalistas da Saúde da Família: o matriciamento. Como já dito anteriormente, a equipe não significa automaticamente a formação de um coletivo de trabalho que depende das relações de confiança, cooperação e de reconhecimento. Assim, perguntamo-nos: a diretriz posta para o trabalho em conjunto entre profissionais generalistas e os especialistas da Saúde Mental /NASF, é prescritível? Essa articulação vem se desenvolvendo a fim de potencializar a ação dos trabalhadores da Atenção Primária? Buscaremos responder a essas e a outras questões relativas, no próximo item.

5.2.4 Matriciamento: trabalho compartilhado?

A idéia do Matriciamento é boa! Não é simplesmente passar o caso, temos que aproveitar o tempo do encontro para trocar mais informações.

Só que com a atual agenda não está dando certo: os casos graves precisam de acompanhamento mais próximo. Da forma atual, isso não está acontecendo. Temos que rever o que é ‘caso grave’ e rever a agenda. A secretaria de saúde e o SUS tem que rever esta forma de trabalho. (ESF Hortência).

A proposta metodológica do matriciamento visa integrar o trabalho da Equipe de Saúde da Família, a uma equipe de especialistas, através de um apoio especializado conforme necessidades da população adscrita junto à respectiva UBS. Segundo Campos (2010, p. 2343) o apoio matricial pretende:

Organizar o trabalho compartilhado mediante: 1) atendimento conjunto de casos; 2) atendimento pelo especialista e contato com equipe que define seguimento complementar; 3) troca de conhecimentos e de orientações, diálogos sobre projetos terapêuticos entre apoio e contrarreferência, estimulando contato direto entre referência e apoio.

Entendemos que o apoio matricial é um arranjo ‘organizacional’ desenvolvido a fim de integrar atenção à saúde do usuário SUS, potencializando a ação da equipe de Saúde da Família, já que na atualidade a Atenção Primária é tida como a principal ‘porta de entrada’ ao sistema. (Lancetti, 2008; Campos & Domitti, 2007; Campos, 2008; 2010).

A Portaria nº 154/GM, de 2008, cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Este apoio pode estar vinculado a uma equipe própria do NASF ou, como vem acontecendo no Município de Belo Horizonte, o apoio especializado da saúde mental pode se dar pelo trabalho das Equipes de Saúde Mental alocadas em Unidade de Saúde Básica que além do atendimento a respectiva população, também realiza o matriciamento em outras UBS.

Em nosso estudo, a ESM, além de prestar atendimento à população do território do Centro de Saúde a que está alocada, atua no matriciamento de duas outras Unidades vinculadas a territorialidades vizinhas, pertencentes ao mesmo Distrito Sanitário. O entendimento dos sujeitos participantes das entrevistas acerca do apoio matricial tende entre uma diretriz política para que a equipe do Centro de Saúde consiga realizar todo o seu trabalho e, sobre as contradições desta empreitada no dia a dia da Unidade, conforme se pode notar nas narrativas abaixo

Nesta portaria / NASF – Matriciamento, então, é como se você ensinasse pro clínico, para o generalista fazer o papel de psiquiatra? (ESF Hortência).

Se o Matriciamento não é encaminhamento, o que seria este trabalho? Pois é, seria a discussão dos casos.

A discussão e a condução dos casos em conjunto, ou não. Por que nem todos os casos vão precisar estar aqui na saúde mental, né? Mas penso que todos devem estar lá na Saúde da Família: na lógica que o PSF é a porta de entrada e faz o acolhimento.

Então, quer dizer que todo aquele que entrar no Centro de Saúde deve estar lá / SF, mas não quer dizer que tem de estar aqui / SM. (ESM).

O trabalho com o Matriciamento, no início era ‘passar o caso’, como relatado pelos especialistas da ESM que fornece o apoio técnico assistencial aos profissionais generalistas das equipes de Saúde da Família. Quando chegaram os profissionais de Psicologia na rede de Atenção Primária no Município de Belo Horizonte, houve a mencionada expectativa e foi um processo lento e complexo mudar esta perspectiva dos trabalhadores da Saúde da Família.

Não receber o caso, implica necessariamente que a Equipe de Saúde da Família terá de continuar a acolher e acompanhar esta pessoa, mantendo-se como a referência para o usuário.

Usar os encontros entre equipes, de SF e SM, com expectativas de se construir melhores condições para acolher o usuário da saúde mental exige uma mudança cultural- de valores, de costumes, de decisões-, para a qual se exige envolvimento dos trabalhadores e disponibilidade em compartilhar saberes, dúvidas, inventividades, arranjos cotidianos conforme estudos semelhantes realizados por Lancman et al. (2008); Nunes et al. (2007) e Campos (2003; 2005).

Questões se colocam mediante esse contexto: podemos, nesse sentido, pensar o matriciamento enquanto trabalho compartilhado entre diferentes profissionais, em nosso caso, vinculados à Saúde Mental e Saúde da Família, a fim de compartilhar saberes, estratégias? Compartilhamento que implica a equipe atuar como um coletivo de trabalho, conforme proposto pela Psicodinâmica do Trabalho (Dejours & Gernet, 2009), que entendem que essa formação passa pela circulação da palavra em relação de confiança, cooperação e solidariedade? Para tal, torna-se necessário fazer circular os saberes práticos, arranjos tácitos em uma relação de cooperação imprescritível.

Como elaborado em momento anterior deste trabalho, compartilhar saberes práticos é uma dinâmica, como visto anteriormente, que é impossível de ser prescrita, ser garantida via legislação e regulações, pois depende diretamente da relação de confiança entre os envolvidos (Martins, 2009). Assim, fazer valer o matriciamento é compartilhar o trabalho e, principalmente, saberes práticos, o que ressignificaria o ‘passar o caso’ para o almejado ‘criação de vínculos e de co-responsabilização’ (Brasil, 2006; 2008). Mas como viabilizar o apoio matricial se este depende da relação de confiança entre os pares envolvidos na atividade? Como já debatido, seria possível prescrever para um grupo se transformar em um coletivo de trabalho? Quando fazer circular novos saberes, outros fazeres e estratégias de enfrentamento dos constrangimentos do trabalho? Seria possível estabelecer enquanto uma regulamentação, a criação de vínculos entre os profissionais de saúde? Fazer circular a inteligência prática (Dejours, 2003; Lancman et al., 2008; Mendes & Araújo, 2011) não é tarefa fácil até por que é imprescritível. Vejam-se, nesse momento, os relatos apresentados.

*É um processo mesmo... tem 2 anos que trabalhamos como matriciamento em três Centros de Saúde. É um processo mesmo. Lembro quando começou na 1ª reunião, foi todo mundo. Todas as equipes com um monte de encaminhamento. Com uma grande expectativa: **Agora nós temos a resolução dos problemas. Vamos passar os casos para o pessoal da saúde mental.***

Chegaram para a psicologia com muita expectativa, e você ter dizer que não é bem assim: ‘passar o caso’, isso é muito complicado, muito difícil. Houve duas reuniões de início com muita hostilidade, pois acharam que com a psicologia também seria isso: ‘passar o caso’. Hoje ainda existe isso. (ESM).

Você viu naquela reunião que participou. O pessoal ainda quer ‘passar o caso’. Mas gradativamente vem melhorando. A cada encontro a gente tenta informar a equipe e discutir mais os casos, antes de qualquer encaminhamento. Então, é um trabalho lento, cultural: que é desmontar esta coisa da referência, do ‘passar o caso’. (ESM).

Isso é complicado e exige tempo para a gente trabalhar com as equipes. Temos que construir uma relação de confiança com a ESF, que leva um tempo e, somente com a relação de confiança é que podemos desenvolver um trabalho em conjunto, entre SM e SF. (ESF Lírio).

Isso leva tempo: criar um vínculo entre as equipes, por que aí perde a hostilidade, a agressividade e ganha em parceria. (ESF Hortência).

O apoio do Matriciamento ainda é atravessado pela expectativa de se ‘passar o caso’, por exigir uma mudança cultural- de compreensão e atitude, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica: para a desejada criação de ‘Vínculo e de Co-Responsabilidades’ entre profissionais especialistas e da Saúde da Família (Brasil, 2006). Espera-se, com estas diretrizes, que o acolhimento não se restrinja a receber o usuário e repassá-lo, mas se busquem, coletivamente, profissionais das equipes- SF e SM, soluções compartilhadas (Belo Horizonte, 2006).

Estabelecer vínculos aparece como uma necessidade, neste caso, a de superar os limites da própria formação e experiência, ao buscarem por uma relação de confiança entre pares de diferentes equipes para a troca de informações. Ou seja, até mesmo para superar limites para o agir em saúde, o envolvimento para estabelecer e manter o vínculo, faz-se necessária uma implicação, que para além do trabalho com usuário, demanda também um envolvimento afetivo entre diferentes colegas, ‘*uma relação de confiança é fundamental para trabalhar em saúde*’, conforme relatos de entrevistados. Desta feita, indagamos se para se efetivar a prática do matriciamento demandar-se-ia a formação de um ‘coletivo de Trabalho’ como denominado anteriormente (Dejours & Gernet, 2009; Martins, 2009; Mendes & Araújo, 2011), o que não se faz sob a ‘ordem de uma Portaria ou protocolo’. Ou seja, estaríamos diante de mais um desafio para o trabalho compartilhado a ser desenvolvido efetivamente entre as equipes- Saúde Mental e Saúde da Família? Vejamos, desse modo, os depoimentos a seguir.

O matriciamento é uma relação de mão dupla, de ida e volta. A gente precisa das parcerias, de circular os saberes, de um dá suporte ao outro com o seu saber. O universo de problemas da SM é muito grande, grande mesmo. Temos que reunir e dividir.

Neste sentido houve uma caminhada grande em relação a valorizar os diferentes saberes. (ESF Girassol).

Então é dividir, ver o que cada um / cada especialidade pode fazer sobre o caso, em que cada profissional em sua especialidade pode contribuir. Essa é a essência do trabalho no matriciamento. (ESM).

Mas a relação entre os pares de uma mesma equipe não é simples e entre equipes distintas torna-se mais complexo, o que não se operacionaliza por diretrizes normativas das políticas de saúde. Esse trabalho exige trocas entre os profissionais, o que demanda, por sua vez, uma relação de confiança para se viabilizar o intercâmbio de informações, saberes e inteligência prática, um abrir-se em relação às dúvidas, angústias e compartilhar estratégias.

Entretanto, essa relação dialógica, horizontalizada entre os diferentes especialistas que compartilham o mesmo espaço de trabalho em uma unidade de saúde não é natural e nem está dado pela prescrição normativa legal. O que está em jogo é a organização do trabalho, os arranjos e relações intersubjetivas diretamente influenciadoras dos vínculos que se estabelecem, ou não. A relação intersubjetiva que faz os contornos da organização do trabalho, como afirma Dejours (1994a), coloca em relação as diferenças de poder, o que sempre abre um ponto de conflito entre as pessoas envolvidas e que possuem diferentes posições acerca do mesmo objetivo de trabalho, que nesta tese, estamos concentrando no acolhimento de pessoas com demandas em saúde mental na UBS. As falas a seguir podem ilustrar bem o que acabamos de abordar.

O trabalho em Equipes foi uma solução fantástica!

Ajustar vários saberes foi fantástico, pois divide o peso do trabalho e também ganha o usuário. Valorizar os diferentes saberes, melhora a autoestima dos profissionais. Isso é muito bom. Mas, infelizmente, isso não é fácil e manter uma Unidade com boas equipes com boa interação é um desafio. (ESF Girassol).

Com a SM as vezes é uma reunião mensal. Mas é pouco tempo para o tantão de paciente, de casos a discutir. E o paciente da saúde mental é um paciente mais complicado que exige mais tempo da gente.

Eu não sei mexer na dosagem da medicação Psiquiátrica, e as vezes não dá tempo de discutir e nem de ir a reunião.

Outro problema é com a agenda da Psicologia. As vezes é um caso leve que a Psicologia conseguiria resolver, mas não consegue agenda.

O PSF com isso fica caminhando de lá para cá e, as vezes sem retorno. O que é muito grave para o nosso trabalho. (ESF Hortência).

A gente tem um apoio até bom da referencia técnica. O problema é que eles tem muita gente pra apoiar. Então, as vezes não tem tempo... (ESF Lírio).

A Enfermagem, Auxiliares e Agentes Comunitários de Saúde formaram o público na maioria dos encontros, o que foi justificado com a argumentação ligada às diretrizes do SUS – a prioridade que o usuário deve ter ao chegar no Centro de Saúde. Ou seja, a regulação da Legislação define que todo usuário deve ser acolhido por um profissional da equipe da Saúde da Família, o que se soma ao agendamento dos atendimentos. Rotina, conforme justificativas apresentadas, que gera sobrecarga de trabalho e dificuldades para os médicos generalistas, em números restritos nas Unidades, participarem das reuniões de Matriciamento. É o que poderá ser observado nestas falas.

Como é que... como é que é isso de verdade: bom, primeiro que me falaram que uma só na reunião tava bom. Aí como lógico, não é desfazendo de ninguém, mas a agenda de médico pra consulta é sempre mais cheia, eu falei : não, N. você vai. Acaba que tumultua a agenda minha e você vai, eu também não posso ficar mais tarde.então ela acabou falando “eu vou”. Então, já falando assim...a reunião é só pra passar caso. (ESF Hortência).

O matriciamento é muito importante porque a gente pode aprender a tratar melhor, a entender mais esses casos complicados da saúde mental. Mas ... eu não consigo tempo para ir nas reuniões. A nossa prioridade, conforme determinam as leis do SUS, é o usuário não é?! (ESF Lírio).

Por sua vez, como se pode depreender do que foi até aqui discutido, o matriciamento fica empobrecido e pode ficar reduzido a ‘passar casos’. O que reverbera no próprio processo de trabalho da equipe de SF, pois um caso pouco discutido não assegura uma boa orientação terapêutica, diante inclusive de tantas dúvidas colocadas pelos generalistas das equipes da Saúde da Família.

Avaliado como sendo o pior efeito das contradições existentes nas políticas de saúde em relação ao Matriciamento, foi o fato de o usuário ficar ‘na estaca zero’, sem uma atenção especializada quando a equipe da Saúde da Família se encontra nos limites e a equipe de Saúde Mental não tem agenda e nem as demais unidades da SM da Prefeitura de Belo Horizonte, que priorizam o acolhimento das pessoas classificadas como os ‘casos graves’, entendidos como psicóticos e ou em situação de crise. Vejamos, assim, os depoimentos a seguir.

A pessoa que é neurótico, não precisa ficar o resto da vida sendo neurótico tomando aquele tanto de remédio...pode diminuir. Mas para isso tem que estar bem acompanhado e ter a experiência... (ESF Girassol).

Falta uma retaguarda também. Outros locais... por exemplo, eles deveriam dar a resposta, o psiquiatra...mas o caso que você não consegue encaminhar? Volta tudo pra estaca zero. (ESF Hortência).

Eu acho que devia ter mais reuniões, assim, pra discussão técnica mesmo, com psicólogos com o pessoal que está realizando o acolhimento, questões de posologia de medicação, associações de medicação. (ESF Lírio).

E o paciente não vai nem pra frente nem pra trás. Alias, volta para trás... ele vai ... e tem que começar tudo de novo. (ESF Lírio).

A falta recursos para atender a demanda crescente de pessoas com sofrimento mental sem diagnóstico ‘grave’, para o qual a rede SUS e de saúde mental não oferecem prioridade, aparece como mais uma contradição na diretriz do matriciamento. Ressoa, também, na dinâmica do trabalho da própria equipe de Saúde da Família, pois enquanto este paciente da mencionada equipe não tem o seu caso resolvido, ele retorna ao Centro de Saúde e será recebido, novamente, pelos profissionais da SF, o que pode revelar a não resolutividade do trabalho realizado pelos generalistas. Uma questão que se desdobra deste cenário é sobre os limites da atividade prática, do trabalho real frente a demandas específicas da saúde mental. Assim, surge novo questionamento: o fato apresentado sinaliza, além das lacunas, as contradições entre o prescrito nas regulações oficiais e a complexa realidade que contorna o trabalho na UBS? Tem potencial para se tornar fonte de sofrimento, fazer efeitos para o sujeito trabalhador, seja na subjetividade como na sua saúde? Podemos perceber nos relatos abaixo o contexto desses questionamentos.

Eu, sinceramente sabe o que eu acho? Eu posso está errada porque eu não tenho formação para estar falando. Mas, eu acho que eles estão querendo fazer o que a gente sempre fez com a clínica médica: vamos atender o que está enfartando, o que tem ‘crise cardíaca?’ grave. E deixa o hipertenso médio chegar a ter “cc”? (ESF Hortência).

Aí se transforma aqueles neuróticos leves em doidos mesmo. Porque eles vão ser maltratados, vai tacando remédio neles. Você não sabe direito. Ah... não ta dormindo, então aumenta o Rivotril. Entendeu? Isto angustia por que você não tem para onde encaminhar aquela pessoa que está precisando! (ESF Lírio).

Outro atravessamento das relações quanto à organização do trabalho no matriciamento, é a dependência direta desta diretriz em relação à disponibilidade do profissional em se envolver: querer aprender a condução de casos específicos além da clinica geral, o que exige da pessoa reconhecer e querer lidar com os não saberes. Na prática, o Matriciamento depende diretamente, dentre outros fatores, da pessoa, do profissional querer, se interessar, ‘por que tem aqueles que querem se livrar do caso’, como relatado por alguns profissionais.

*O matriciamento ... eu acho que **tem muito a ver com o próprio profissional mesmo**. O interesse de cada profissional. E a pessoa. O profissional, pessoa. Tem profissionais mais interessados, realmente, a discutir o caso; tem profissionais mais interessados em te passar o caso, ficar livre do caso. (ESM).*

Soma-se a tudo isso, a rotatividade, principalmente dos médicos generalistas que em sua maioria são contratados pela Prefeitura de Belo Horizonte. Quando o profissional sai, rompe o ciclo de sensibilização e de capacitação desenvolvido junto com a ESM durante as reuniões de Matriciamento. Os trabalhadores chegaram a afirmar que a cada profissional que sai do CS é ‘*voltar a estaca zero*’ em relação ao cidadão em sofrimento mental, como se pode ver a seguir.

*Só que em virtude **da rotatividade dos generalistas, quando entrava um outro, o outro estranhava: isto não é função minha, eu não atendo isto! E voltava para estaca zero.** (ESM).*

As contradições entre as diretrizes políticas e o trabalho em saúde mental na UBS tornam-se nítidas quanto a esta propositura: O matriciamento, uma proposta de trabalho compartilhado, viria para suprir as necessidades dos generalistas, assim como uma das diretrizes propostas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. (Brasil, 2008). Todavia, o processo do matriciamento encontra dentre outras barreiras, as que destacamos com base nos relatos dos entrevistados e nas observações feitas durante nossa participação nas reuniões, como apresentado abaixo:

- a) **Rotatividade** dos profissionais, principalmente da clínica médica. O que quebra totalmente o ciclo de capacitação em desenvolvimento.
- b) **Esvaziamento nas reuniões** da presença do clínico, que justificam com a agenda sobrecarregada.
- c) Um processo que depende **diretamente da disponibilidade do sujeito trabalhador** em ‘*querer assumir responsabilidades além da clínica geral para a qual se formou*’.
- d) Uma **mudança cultural que é lenta, complexa** e depende também do alinhamento na formação acadêmica dos profissionais, tanto para o SUS e, agora para a saúde mental.

Percebe-se, dessa forma, que o trabalho com saúde mental na Atenção Básica mesmo com a atual estratégia de suporte aos profissionais da SF, gera constrangimentos e sofrimentos aos trabalhadores da Saúde da Família e Saúde Mental. Efeitos deste trabalho na

subjetividade dos profissionais, conforme relatado pelos mesmos, diante do ‘*sentimento de impotência*’, ‘*de ansiedade e inseguranças*’, que será analisado a seguir.

5.3 - Trabalho e Subjetividades: o Agir em Saúde Mental na UBS

O trabalho em saúde possui uma significativa complexidade se analisado enquanto práticas inventadas em busca de solução para as ‘dores’ daquele que se apresenta diante do profissional de saúde. Complexidade que ganha uma especificidade na medida que se torna um agir decorrente da interação entre o técnico, com saberes acumulados, padronizados em protocolos procedimentais e, o cidadão, usuário do SUS com suas peculiaridades, valores e necessidades diversas. O ponto de sustentação do acolhimento em saúde é construído na interação entre o profissional da saúde e o usuário demandante de solução para seu sofrimento. Trabalhar em saúde depende dos necessários padrões e regulamentações e também da criação de vínculo entre sujeitos, ação intersubjetiva por excelência onde se inclui o sujeito trabalhador, numa elaboração continuada. Como afirma Campos (2007, p.15):

O trabalhador da saúde lida com o limite humano, com nossa impotência, com a evidência de que não somos deuses, lidamos com a morte, a doença e a dor. Trabalhamos em ambientes perigosos (germes, fracassos, competição, etc.) e precisamos de apoio, de formação continuada, de estar sempre em análise, além de carreiras e salários.

Cabem, então, as perguntas: quem é este sujeito, o sujeito trabalhador? Como estamos considerando a subjetividade na relação com o trabalho?

Para Psicodinâmica do Trabalho, trabalhar é viver junto. Dito de outra maneira, trabalhar não se restringe à atividade, é também a participação em determinada cultura e tecido social, um reconhecimento tanto da singularidade do trabalhador quanto das condições do contexto social onde se insira tal profissional. (Dejours, 1993b, 1993c; 2003. Lancaman et al., 2008. Mendes & Araújo, 2011). O sujeito, nessa perspectiva, é uma síntese dinâmica dos processos de subjetivação entre identificações, filiações e rompimentos, superações, um sujeito se compõe entre desejos e necessidades particulares e as convenções sociais. O sujeito se compõe, desse modo, situado entre desejos e necessidades particulares, e as convenções sociais. O trabalho é um eixo norteador de destaque, deste movimento do sujeito em relação ao seu desejo, que é da ordem do particular incluindo aí o seu inconsciente, e o que é do registro da realidade, com suas regulações, imposições e exigências. Nas palavras de Mendes e Araújo (2011, p.24), o sujeito:

É o sujeito que luta pela sua saúde mental. É o sujeito da contradição, do conflito com ele mesmo, que hesita sobre si mesmo quando confrontado com o real. É o sujeito do sofrimento em relação às adversidades da organização do trabalho e do trabalhar. **O Trabalho não é neutro para o sujeito. Ele se engaja no corpo e no afeto.** O trabalho provoca o conflito com o mundo real. **É o sujeito que entra na relação com o trabalho individual e coletivo. É o sujeito que faz, ao trabalhar, o trabalho vivo, muitas vezes mortificado pelas prescrições da organização do trabalho.** (Grifos nossos).

Nessa perspectiva, não se trata de um sujeito passivo, mas sim de uma subjetividade que se constrói, de modo prazeroso ou não, pela via do confronto, do enfrentamento, da interação entre as imposições da realidade, no caso da organização do trabalho em relação às necessidades, desejos e afetos particulares. O sofrimento que analisamos neste momento do texto não é uma patologia em si, mas um sinal de alerta para que ações sejam mobilizadas em relação à organização do trabalho. Estamos considerando, com base em Dejours (1994; 2003) organização do trabalho como campo relacional que determina tanto a divisão de tarefas, de afazeres quanto também confere dimensão para as relações de poder e de reconhecimento.

Estamos, pois, interessados no campo relacional das vivências no trabalho, na ordem do discurso, nas determinações invisíveis do trabalho que fazem ressonâncias nos processos de produção de subjetividades, seja em relação ao prazer, seja em seu contrário, na direção do sofrimento e das patologias. Isto é, o trabalho nunca é neutro, por tornar possível ou impedir expressões singulares, arranjos coletivos peculiares às exigências contraditórias e os intensos manejos em relação às demandas complexas dos usuários da saúde mental. (Lancman et al., 2008; Mendes & Araújo, 2011).

5.3.1 O que fazer com os ‘infelizes’? Uma questão que angustia

Este é o ponto que dificulta o trabalho aqui no Centro de Saúde quanto ao trabalho de Matriciador: o que fazer com os casos Leves? A pessoa consegue trabalhar, estudar, não é o caso de psicose ou de neurose grave. Mas o sofrimento está lá, e nem sempre o tratamento alternativo resolve. O que fazer? O SUS e a Prefeitura junto com a Coordenação de Saúde Mental tem de se haver com isso, pois hoje não temos muito o que fazer, falta recursos humanos e mais equipamentos especializados.

Isso causa insatisfação e angústia em todos nós, profissionais que estamos aqui na porta de entrada do sistema. (ESM).

Os documentos respectivos à Saúde Mental no SUS, da Política Nacional de Atenção Básica e à Saúde da Família (Brasil, 2003; 2004; 2006; 2008) colocam o Centro de Saúde como a ‘porta de entrada’ e os trabalhadores que lá se encontram reclamam sobre a respectiva acolhida, ou melhor dizendo, tecem questionamentos a respeito dos limites de

recursos quanto a saúde mental com demandas tão específicas. Tecem, também, questionamentos sobre a falta de recursos e de amparo para o agir em saúde dos profissionais generalistas da SF. Situação que se soma à sobrecarga de agenda dos especialistas da Equipe de Saúde Mental, o que vem causando sentimento de desamparo e sofrimentos nos trabalhadores da Atenção Primária, em relação ao acolhimento do cidadão em situação de sofrimento psíquico. Vejam-se, portanto, os comentários transcritos abaixo.

Saio exausta do trabalho quando no meu dia tenho de visitar paciente da Saúde Mental.

A gente consegue ver, notar as necessidades da pessoa na maioria dos casos. Mas não temos solução, a que temos são limitadas. Como resolver a infelicidade, a violência dentro de casa?

O problema é que a gente torna a esbarrar com o problema. A pessoa volta ao Centro Saúde, bate em nossa porta outra vez. E o que fazer? Isto causa mal estar, angústia, apreensão que dá até vontade de desisti.

A gente continua pensando no caso. Acaba levando para casa os problemas do trabalho, né? E não vemos solução, aí que a gente sofre mais... (ESF Hortência).

Tem muito médico que além de não ter formação não agüenta a pressão psicológica que é este trabalho com paciente da saúde mental no Centro de Saúde. Vai embora. Não agüenta e pede demissão. Lidar com isso todo dia, sempre com o sofrimento social e não ter o que fazer e a pessoa na sua frente com esperanças... é duro! Chega a doer no peito. (ESF Lírio).

Como se pode depreender do que foi até aqui apresentado, é possível verificar efeitos, ressonâncias simbólicas³⁰ do trabalho com saúde mental realizado no Centro de Saúde. Tal trabalho é caracterizado por uma demanda relativa à infelicidade frente a qual o profissional não tem muitos recursos e nem acessos para eventuais encaminhamentos mediante a escassez de unidades e também pelas limitações de agenda da ESM. Em relação a estes limites o trabalho com saúde mental realizado pelos profissionais da Saúde da Família e da Saúde Mental na UBS cansa e pode adoecer, ou até gerar desligamento da Unidade, como o que vem ocorrendo em relação aos médicos generalistas da Saúde da Família. Vejam-se, nesse sentido, as falas a seguir.

É muito difícil. Agora, conforme eu te disse, disse lá e repito, os psicóticos são minoria absoluta. Porque eles, por si mesmos, raramente aderem ao tratamento. Se não tem o suporte familiar, vai lá uma, duas vezes e some.

Então, psicótico em centro de saúde é minoria absoluta. Então, a gente acaba atendendo, predominantemente, infelicidade. E é isto aí que cansa o posto de saúde. (ESM).

³⁰ Como apresentado anteriormente, estamos entendendo ressonância enquanto ressonância simbólica, como o que se estabelece na relação trabalho e subjetividade enquanto dinâmicas que se interferem mutuamente, na elaboração do agir em saúde. Tanto a organização do trabalho com seu campo relacional e as condições postas influenciam os sujeitos através dos prazeres e sofrimentos advindos do trabalho, como esses sujeitos trabalhadores ao manejarem situações adversas, reconfiguram o trabalho. Entretanto, os manejos elaborados passam também pela singularidade que cada um leva para o trabalho, daí nossa escolha pelo termo ressonância simbólica quando abordamos os efeitos, as relações entre trabalho e subjetividade.

Quando eles vêm aqui no CS a gente tem que atender na hora que eles demandam. Por que senão vira confusão, na mesma hora. A gente tem dar prioridade. Mas para a gente fazer um bom trabalho tem que saber diferenciar crise de manipulação. É difícil e as vezes confuso. Como fazer? Estou fazendo certo? O trabalho com saúde mental não é para qualquer profissional. definitivamente, não é mesmo. Nem com este apoio do Matriciamento. (ESF Lírio).

A demanda que chega em número crescente no centro de saúde é de neuróticos em situação de sofrimento, problemas cujas causas extrapolam uma situação de desestruturação psíquica. Causas que tem amarrações no contexto histórico da vida atual: individualismo, competitividade, solidão, violência dentre outros fatores que caracterizam a atual conjuntura. Sobre esta dimensão social do sofrimento ‘*dos pacientes que lotam os Centros de Saúde*’, os profissionais generalistas da Saúde da Família e os especialistas da Saúde Mental, relatam que a ação das equipes não tem alcance, não conseguem resolver os problemas apresentados. As pessoas ‘infelizes’ não são consideradas prioridade para o SUS e, assim, depositam expectativas nos profissionais da Atenção Primária por ser a unidade de referência. A esses profissionais do Centro de Saúde, da Saúde da Família e Saúde Mental, o que causa sentimentos de frustração, ansiedade, desânimos frente a não resolutividade de problemas das ‘pessoas sofridas’ que continuam a frequentar a UBS. Observe-se, então, o depoimento abaixo.

O sofrimento social está aumentando! De 190 pacientes da SM passou para 700 nos últimos quatro anos. É um aumento muito expressivo de paciente com uso de medicação psiquiátrica.

O que é isso? Como explicar este fenômeno que aparece sua ponta aqui nos registros de controle da farmácia do Centro de Saúde? E isso se repete, este aumento também está acontecendo nos outros dois Centros de Saúde que atendemos.

Como explicar isso? Ou as pessoas estão ficando intolerantes com o Sofrimento. Intolerantes com o sofrimento que faz parte da vida e que nos exige tolerância.

Ou as pessoas estão realmente mais vulneráveis e os fatores, as causas de sofrimento estão mais violentas e por consequência intoleráveis e adoecedoras.

O principal efeito deste fenômeno aqui na UBS é a sobrecarga de trabalho para as equipes da Saúde da Família e da Saúde Mental. (ESF Girassol).

O que sobrecarrega a agenda destes trabalhadores são as ‘*pessoas infelizes*’, para as quais não se tem nem solução medicamentosa e, para os quais o SUS ou a rede de serviços substitutivos da Saúde Mental da cidade de Belo Horizonte não oferecem suporte para acolher, já que as políticas e suas diretrizes colocam como prioridade os ‘casos graves e/ou as pessoas em crise psiquiátrica’. O acolhimento das ‘pessoas infelizes’, realizado pelos profissionais das equipes SF e SM, pela sua natureza e dinâmica, externalizam os limites e causam ‘*sentimento de impotência*’ nos trabalhadores da UBS. O que se pode fazer com os casos ‘leves’ que a rede SUS e a rede de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte não

contemplam? O que fazer com as pessoas que vão procurar no Centro de Saúde próximo à sua moradia, soluções para o sofrimento psíquico? Esses questionamentos podem ser depreendidos dos relatos a seguir.

O que causa frustração é saber, de forma ou de outra, que o fazemos não é suficiente. Se bobear a gente também acaba por adoecer, pela ansiedade ou angústia, né? Fica igual aos pacientes, né? Até por que, do nosso lado fica claro os limites e as vezes do lado do paciente ainda tem a esperança. (ESF Hortência).

Então vemos que os equipamentos da SM não são suficientes, principalmente para estes casos fora de crise. E a responsabilidade do acompanhamento fica para a ESF, cabe a equipe ser responsável por qualquer usuário em sua área de abrangência, seja qual for a demanda. E a ESF se vê sem condições de trabalho em algumas situações, em especial da Saúde Mental pela complexidade dos casos. (ESF Girassol).

Não temos formação e nem temos para onde encaminhar os casos. E já falei lá na reunião, o matriciamento não está resolvendo estes casos leves de neurose de sofrimento. Pessoas que estão sempre aqui no Centro de Saúde. Isto é muito sério. O Ministério de Saúde e a Prefeitura tem olhar para nossa situação, por que tem efeitos para o usuário e para nós trabalhadores. (ESF Lírio).

Os dispositivos da saúde mental são bons, mas são insuficientes. E o profissional da Saúde da Família não foi formado e nem foi capacitado para lidar com o paciente com problema mental. (ESF Hortência).

O sentimento de ‘impotência’, então, se intensifica justamente para aqueles que estão implicados e, neste sentido, tal sensação se desdobra em outro sofrimento, ou seja, a frustração diante dos usuários que retornam em grande quantidade para o Centro de Saúde sem solucionarem seus sofrimentos. A demanda crescente de pessoas em situação de sofrimento opera ressonâncias na subjetividade deste trabalhador que compõe uma equipe formada para atender demandas de clínica geral com recursos considerados escassos, tanto quanto ao número de profissionais da Saúde da Família e Saúde Mental, quanto à quantidade de equipamentos aquém das necessidades complexas e peculiares para assistência ao usuário da saúde mental. Nas falas a seguir, pode-se notar o que analisamos acima.

Falta formação para nós generalistas que já reconhecemos que não se separa a saúde/doença física da mental e, além da pouca formação, poucos equipamentos. Além do usuário que busca o CS de forma espontânea, e que é cada vez mais crescente.

Tudo isso torna o trabalho com os pacientes da saúde mental muito penoso para a saúde do profissional da Saúde da Família. (ESF Girassol).

Ver a demanda aumentar e não ver evolução do caso... Isso é muito complicado para nós trabalhadores da saúde. Estamos aqui é para promoção de saúde, não é?! (ESF Lírio).

Nós profissionais da saúde aqui da UBS temos que ter cuidado para não adoecermos também. Pois a Política está transferindo toda a responsabilidade para a porta de entrada. Agora o que podemos fazer com relação às questões sociais? O

sentimento de impotência é muito grande e incomoda profundamente a gente. (ESF Lírio).

O maior problema é a falta de tempo em relação as demandas e ao atendimento. Então, as vezes a gente acaba por prescrever uma medicação, por que sabemos que não teremos tempo para acompanhar ou por que falta outros recursos na rede. (ESM).

Ou a pior opção: ter que esperar a situação se agravar para conseguir agenda na rede. Isso incomoda muito, trabalhar desse jeito frustra mesmo. O que fazer com os infelizes? Isso angustia... e as vezes os problemas são muito parecidos com os nossos. (ESF Hortência).

O trabalho com saúde mental na UBS mobiliza significativamente a subjetividade dos profissionais, seja pela dinâmica da interação, vínculos e afetos, que se apresentam na cena do acolhimento. Isso ocorre, também, porque o usuário da saúde mental expressar situações de vida próximas às dos trabalhadores, como afirmam diferentes pesquisadores, tanto da Psicodinâmica do Trabalho (Lancman et al., 2008; Martins, 2009; Mendes & Araújo, 2011.), quanto do campo da Saúde Coletiva (Campos, 2008; Campos, 2005).

Como pudemos escutar e observar nos encontros com as equipes, os profissionais vivenciam com frustração a situação limítrofe: não ter solução resolutive para o usuário da Saúde Mental, não ter para onde encaminhar estas pessoas, que também apresentam situações similares à vida dos profissionais que os atende. Acrescente-se a esse contexto de trabalho o modelo hegemônico de gestão que adentra oficialmente nos serviços públicos: o controle e avaliação quantitativa do trabalho.

5.3.2 Acolhimento ‘Humanizado’ e controle quantitativo do trabalho: entre ansiedade e insegurança

Tem hora que eu fico na dúvida se olho para o paciente e escuto com atenção, ou se continuo a registrar os números, os dados no computador. É um dilema, uma ansiedade e também insegurança, até por que agora a gente tem que atender com humanização e também temos que cumprir com as metas. O que o Ministério e a Secretaria Municipal querem? Além de perdermos o foco no paciente, estamos quase adoecendo também. Trabalhar assim, não dá em bons resultados para ninguém. (ESF Girassol).

Um sistema público em regime de governo democrático, se propõe à avaliações dos objetivos propostos pelas políticas sociais e os respectivos programas. Entretanto, na configuração produtivista que se torna hegemônica, conforme atestam estudos de Campos (2003; 2005), desvirtuam o foco da avaliação para a produção quantitativa. Scarcelli e Junqueira (2011), em estudo recente sobre a Psicologia na ação de intersectorialidade na saúde

pública, também afirmam sobre essa mesma questão relativa ao produtivismo nos programas de governo.

A Política Nacional de Atenção Básica, de 2006, que aprova e descreve os recursos para a implementação da estratégia da Saúde da Família, em seu texto introdutório dentre as justificativas, encontramos: “*Considerando a diretriz do Governo Federal de **executar a gestão pública por resultados mensuráveis**.*” (Brasil, 2006, p. 7). Dos anexos da referida Portaria tem documentos que deverão ser usados para se registrar, acompanhar e avaliar as ações em saúde territorializada nos respectivos Municípios. O mesmo se dá com a Portaria nº 148/GM, de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em uma clara direção de subsidiar a expansão da atuação das UBS nas áreas de abrangência, através de sistemas de avaliação sistemático que condicionam o repasse de recursos entre as instâncias do governo. Como exemplo, cite-se o “Quadro para projetos de adesão/implantação dos NASF”, que apresenta um item sobre a ‘avaliação dos resultados e metas alcançados’. (Brasil, 2008).

Nessas diretrizes, a avaliação quantitativa do trabalho entra oficialmente em cena no cotidiano das equipes alocadas em Unidades Básicas de Saúde, Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Mental. Conforme posto por Campos (2010, p. 2339), poderíamos correlacionar a lógica produtivista, que sustenta a ‘racionalidade gerencial’, com o atual modelo de avaliação quantitativa do trabalho nas UBS, bem como com a ‘racionalidade gerencial dominante’ enquanto o modelo de gestão adotado, no qual se busca controlar em âmbito geral os resultados pretendidos em cada esfera de governo, e em um nível particular, procuram controlar o trabalho dos profissionais alocados na rede de assistência da Atenção Primária.

As regulamentações do trabalho são necessárias para se viabilizar a avaliação da resolutividade pretendida nos respectivos programas da atenção à saúde, conforme assinalam pesquisadores da temática (Campos, 2000; 2007; 2010; Campos, 2003; 2005). Entretanto, como apresentado anteriormente, nesses mesmos autores é reconhecida a necessidade de autonomia para os que os profissionais da saúde, além de realizar a tarefa protocolar, usando dos saberes técnicos prescritos, possam desenvolver uma práxis que acolha o geral, o coletivo, como ainda o particular que cada usuário apresenta em sua demanda. Dito de outra forma, estaríamos inscritos em uma situação de trabalho em que se faz necessário o uso de regulações e também ter resguardado o espaço de autonomia para viabilizarem ações particulares dos profissionais.

Podemos pensar que o agir em saúde implica o trabalho técnico, protocolar, como também demanda uma reflexão crítica frente às peculiaridades do usuário. Trata-se, assim, de um trabalho que possui uma psicodinâmica por exigir grau de autonomia para o profissional inventar e implementar decisões mediante particularidades que surgem entre o prescritivo, o regulamentado e as necessidades peculiares do usuário.

Se, por um lado, a ‘clínica ampliada’, o agir em saúde, depende da subjetividade além das condições de trabalho, por outro lado o ‘acolhimento humanizado’ e resolutivo, conforme previsto em Portaria (Brasil, 2006), dependem do estabelecimento de ‘vínculos’ e ‘co-responsabilização’ entre usuário e trabalhadores. Conforme analisado por Campos (2010, p. 2340), um desafio tanto para a gestão dos serviços quanto para o coletivo de trabalho aí inserido:

Que modo de gestão seria compatível para ordenar processos em que seres humanos estão envolvidos? Como estabelecer algum grau de controle, sem mascarar a capacidade de reflexão e os espaços para tomada de decisão daqueles imersos na tarefa de produzir saúde?

O aludido autor alerta para a necessidade de se inventar saídas diante deste paradoxo entre acolher o usuário promovendo vínculo, autonomia e cidadania, conforme prescrições legais e protocolares, e proporcionar espaço de trabalho que também viabilize a autonomia dos sujeitos trabalhadores. Assim, questionamos: seria essa perspectiva viável com a implementação da gestão ‘por controles quantitativos’?

O agir em saúde se confronta com exigências da gestão para o cumprimento de metas, resultados esperados. Um dilema entre subjetividades, mecanismos de controle do trabalho e a promoção de saúde e vida nas Unidades de Saúde SUS. Os profissionais relataram e pudemos observar significativas demandas, aumentadas a partir do processo de informatização dos procedimentos e registros dos prontuários, que apontou para outro ‘excesso’ que entra no cotidiano do trabalho nas UBS: ‘excesso de controles’. Uma busca constante de informações a respeito de quantos atendimentos/dia realizados, bem como a respeito do tempo gasta para a realização de cada um desses atendimentos.

Agora é só números: quantidade de tranqüilizantes. quantidade de Diazepam. Parece que eles, a gerência do Distrital, a Secretaria, o Ministério da Saúde só querem saber de quantidade. Agora vem inclusive a quantidade de neuróticos, de psicóticos. como se o trabalho da nossa clínica fosse só quantitativo. (ESF Girassol).

*É... todo mundo tem. Aí que acontece grande insatisfação.. **Você está ali morrendo de trabalhar, cansada, e você sabe que tão controlando seu horário, controlando número.** Querem que você atenda bem. Se você não atende bem, elas reclamam....tem associações aí que reclamam mesmo. Se não atende bem, se você*

não resolve, eles reclamam. E você sabe que tem aquele tanto de gente para atender e não tem como conversar. Você tem que atender, tem que ter números. Ah... estou cansada. (ESF Hortência).

A gestão dos serviços públicos de saúde está se voltando para os princípios produtivistas, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica, que propõe como condicionante para o recebimento de verbas pelos Estados e Municípios, a correspondência de metas de atendimento, com reverberações diretas na Unidade Básica de Saúde como resultados quantitativos a serem alcançados pelos trabalhadores.

Abre-se, nessa organização de trabalho, uma injunção paradoxal sobre realizar o acolhimento integrado, equânime e universal (Brasil, 1990), com resultados quantitativos se tornando os balizadores da avaliação de desempenho. Surge, nessa conjuntura, a questão: como realizar ‘acolhimento humanizado’ com metas quantitativas de atendimento? Esta foi uma questão de fundo que apareceu em todas as reuniões de que participamos, quando perguntamos aos profissionais o que lhes desgastava no trabalho, como se pode ver a seguir.

*A gestão é muito voltada para a produtividade. Tem que atender as exigências do SUS, da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Belo Horizonte e a **questão humana do trabalhador fica a deriva**. Este é outro tipo de sofrimento para o trabalhador que pode se transformar em adoecimento dependendo do tipo de gerencia.* (ESM).

Para mim é prontuário: números, quantidades, metas, controle. (ESF Girassol).

Para mim é falta de resolução do problema e vê o sofrimento e desamparo progredir. E você sabendo que estão te avaliando, dá muita insegurança e ansiedade, se bobear até adoce também. (ESF Lírio).

Ver a demanda aumentar e não ver evolução nenhuma e ainda por cima ficarem controlando o número de atendimentos que agente faz a cada dia de trabalho. (ESF Girassol).

A demanda em excesso, sem tempo para escutar o paciente e a consulta ficando muito mecânica por que tem o controle de tempo, de registro de prontuário. (ESF Hortência).

Você quer dar uma atenção maior para o paciente durante a consulta e não dá tempo. É muita cobrança com visão imediatista. Isso desgasta toda a equipe e inclusive as relações e o trabalho fica frustrante. (ESF Girassol).

E agora nós ficamos preocupados com o tempo que estamos gastando com aquela pessoa no consultório... Isto está correto? E o paciente da saúde mental, a pessoa sofrida, precisa ser escutada, né? Como criar vínculo de confiança tratando o paciente assim? Como fazer acolhida humanizada deste jeito, com eles controlando o tempo gasto e a quantidade de atendimentos? (ESF Hortência).

As transformações no mundo do trabalho sob a hegemonia da lógica produtivista, da ‘racionalidade gerencial dominante’ (Campos, 2010), tem diferentes modelos de gestão, que visam ao controle do processo de trabalho, a fim de viabilizarem aumento quantitativo de resultados com menores custos. A reestruturação dos serviços de saúde em coerência com as políticas em vigor passa por uma reorganização orientada também por essa lógica, com efeitos peculiares para os profissionais da saúde, já que a demanda de usuários é crescente com o passar da consolidação do respectivo programa.

Lancman e Pereira (2008, p. 11) fazem uma síntese crítica a respeito do modelo predominante na organização de trabalho produtivista e os efeitos desse modelo para a atenção à saúde, conforme se pode verificar da seguinte passagem:

A lógica da produção baseia-se em dados epidemiológicos e de demanda, na quantificação de atendimentos, na capacidade de resolução e **na equação ‘demanda referida/quantidade de profissionais/atendimentos esperados’**. Esse fato acaba gerando constrangimentos e modificando o trabalho, na medida em que a demanda é sempre superior à prevista, o que altera os ritmos prescritos, as formas de atendimento desejáveis e as ações de cuidado. **Neste tipo de lógica, o aumento da produtividade acaba sendo alcançado por meio da intensificação do ritmo do trabalho em detrimento do cumprimento da qualidade do serviço esperado.** (Grifos nossos).

Uma vez realizados os apontamentos anteriores, podemos passar à abordagem da maneira como os trabalhadores vivenciam essa organização de trabalho, paradoxalmente contextualizada entre ‘acolhimento humanizado’ e a gestão que controla o trabalho através de avaliações quantitativas.

5.3.3 Saúde Mental na UBS e a subjetividade do trabalhador

Realmente chega uma hora que dá uma certa depressão pra gente também. Porque o Centro de Saúde apresenta muita demanda em relação as pessoas sofredas, como dizem o ‘sofrimento social’ e a gente não tem respostas. A gente faz o que pode. Vejo que todo mundo chega uma hora que fica abalado. Até mesmo aqueles que são mais desligados. (ESF Hortência).

O trabalho da equipe da Saúde da Família é acolher todo usuário visado pelo Programa. Frente a essa amplitude, como mencionado anteriormente neste texto, é que se propôs o matriciamento, pretendendo-se, com essa forma de organização, que os profissionais generalistas consigam responder à complexidade que bate à ‘porta de entrada’ do sistema

SUS, o Centro de Saúde. Mas há uma contradição no sistema que destacamos relativa à assistência dos casos tidos como ‘leves e moderados’, pessoas que não formam a prioridade nem na rede de saúde mental da Prefeitura de Belo Horizonte e nem na rede da Atenção Primária, as UBS. Estas Unidades de Saúde, na Atenção Básica e nos serviços substitutivos de Saúde Mental, por estarem em consonância com a política do SUS, voltam-se para os casos ‘graves, severos e urgências psiquiátricas’.

Uma constatação esteve presente nos depoimentos em todos os encontros com as equipes de saúde: faltam unidades e serviços para receber os casos considerados ‘leves e moderados’, o que se soma a agenda sobrecarregada da equipe de Saúde Mental. Tais ocorrências que se agravam pela falta de infraestrutura e de logística para o acolhimento e acompanhamento das ‘pessoas sofridas’ que se apresentam nos Centros de Saúde em número crescente. (Brasil, 2003; 2004).

Esse contexto, como se tem demonstrado, tensiona os profissionais ora como um fator de ansiedade, de angústia, ora em formato de desânimo ao constatarem um limite real para o trabalho junto ao usuário da saúde mental em situação fora de crise ou fora da classificação de ‘grave’: a não resolatividade. Nessas condições, o trabalho com pessoas em situação de sofrimento mental é um agir que mobiliza, em muito, a equipe em razão da quantidade e complexidade das demandas e dos limites quanto ao alcance dos profissionais das equipes- SF e SM- em seus afazeres de escutar; discernir demanda de manipulação; entrar na casa da pessoa e deparar com muito abandono, dentre outros, mas sem a desejada ‘resolubilidade do caso’ pela escassez de recursos da rede SUS para os casos de saúde mental que não se enquadram na classificação das prioridades. É o que as falas, a seguir, nos explicitam.

Então quer dizer que todo aquele que entrar no Centro de Saúde deve estar lá / na Saúde da Família, mas não quer dizer que tem de estar aqui /na Saúde Mental. Aí vem a questão da Ansiedade. Por que a demanda chega para eles /SF. E a gente tem que ser um pouco mais livre para não responder a toda demanda que aparece se não a gente não dá conta. (ESM).

É isso mesmo. Agora tem um complicador: a ESF tem que dar conta de um território.

Então voltamos no nó: se eu sou responsável por um caso que o SUS ainda não apresenta uma solução, não oferece um suporte e, aí fica complicado.

*Por que volta para a ESF, pois por mais que eu busque alternativas, **esbarro em um limite real: é um caso de sofrimento, de desorganização, mas não é um caso tão grave...** Alguns a terapia alternativa resolve, outros casos é insuficiente, pois precisam de mais. (ESM).*

Eu vou até aqui e falo com o paciente: ‘Vou te encaminhar para o cardiologista, você vai acompanhar lá!’... ‘você que está com depressão grave, precisa de um psiquiatra.’ Eu não posso mais aí esbarra porque eu não vou ter...eu tenho os

profissionais de saúde mental com quem eu possa contar. Mas, como a demanda é muito grande não posso estar disponibilizando eles, entendeu? Eu não posso. Então, assim, tem hora que a gente passa um sufoco aqui. Aí cansa, aí pesa, dá vontade de desistir... (ESF Girassol).

O profissional reconhece seus limites na interação direta com o paciente no momento do acolhimento, o que é visto como uma situação desgastante. O que se soma às limitações também reais quanto a possibilidade de encaminhamentos, já que toda a rede de assistência- do SUS e da própria rede de Saúde Mental- está voltada para os casos ‘graves e urgências’. Forma-se, então, um ciclo vicioso, que coloca em risco a saúde do próprio trabalhador, que se vê frente a situações limítrofes em relação à capacitação própria, à capacidade da rede em absorver demanda crescente da população, estando, além disso, frente à pessoa logo ali, diante desse profissional, com expectativas de solução para seu sofrimento mental.

A pessoa ‘sofrida’, acolhida pela equipe de Saúde da Família e, por vezes, pela ESF Hortência de acordo com a pouca disponibilidade da concorrida agenda, muitas vezes retorna ao Centro de Saúde exatamente por não ter ‘seus problemas’ resolvidos. Pode-se, como se defendeu ao longo desse trabalho, verificar a formação de um ciclo vicioso, da pior maneira possível, que explicita para a equipe os limites dos recursos públicos e de suas ações: através da reincidência, da permanência de sintomas e da doença no cidadão. Na prática em saúde mental, efetuada pelos profissionais da Saúde da Família, o que mais causa incômodo, o que mais acarreta cansaço para esse coletivo de trabalho é se deparar com a ‘não solução’ da sua ação junto ao usuário que retorna ao Centro de Saúde, ou que permanece em situação precária e de riscos. É o que se pode observar nos relatos abaixo.

Aí a gente fica tentando fazer ela tomar os remédios e eu fico assim querendo resolver aquele problema dela e eu não consigo resolver eu querendo que ela melhore junto com o irmão dela e eu não consigo fazer ela melhorar e cada vez que passa ela está é pior.

Aí para mim é difícil. Porque eu fico sem saber o que fazer. Eu chego lá, recebo reclamação da parte dela, mas eu nunca consigo resolver para ela direitinho, eu já até passei a separar os remédios dela, levar na casa dela, mas mesmo assim não resolveu nada e aí acabou que ela tá ficando. Aí eu fico num impasse... aliás toda a equipe... (ESF. Lírio).

Muitas coisas é relação. São coisas de vizinhos, falta de dinheiro, é briga com marido, coisas assim que a gente não vai conseguir resolver, mas que a gente está lá escutando todo dia, toda vez que vai lá escuta a mesma coisa. Preocupa e frustra a gente: nosso trabalho não está resolvendo nestes casos. (ESF Girassol).

O trabalho com SM é diferente de uma febre, com uma febre que resolve com medicamento correto, né? Muito diferente, sofrimento né? A causa é tão múltipla né? Que não tem muito o que fazer.

Muito diferente, porque todo mês que você vai você escuta aquela mesma coisa e você não consegue resolver, você não consegue. A única coisa que você pode fazer é escutar e ficar escutando, tentar falar alguma coisa que conforte a pessoa, mas

mesmo assim ter muito cuidado para ver o que você vai falar é coisa certa ou não. Para mim o mais difícil é isto. (ESF Hortência).

Lancman et al. (2008), em extenso estudo sobre trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial/CAPS da cidade de São Paulo, abordam sobre a reestruturação dos serviços e seus efeitos na saúde mental dos profissionais envolvidos com o acolhimento da ‘população portadora de transtornos psíquicos’. Uma das pontas da trama- exigências produtivistas e atendimento ‘humanizado’- se sustenta na subjetividade do profissional da saúde, por ser ele, ao mesmo tempo, receptor da demanda e, também, o mediador dos encaminhamentos. Nessa relação de trabalho, a subjetividade se faz enquanto um processo central do trabalho em saúde, segundo as palavras das autoras:

A atividade de prover cuidado a pessoas portadoras de transtornos mentais é constituída, ao menos num primeiro olhar, pelo encontro entre uma pessoa que sofre psiquicamente e outra encarregada de lhe propiciar acolhimento e intervenção técnica visando diminuir o seu desconforto psíquico. Na medida que grande parte das intervenções, **o instrumento terapêutico é o próprio aparelho psíquico, o trabalhador tem de lidar tanto com o sofrimento psíquico do cliente quanto com o seu próprio.** (Lancmam & Pereira, 2008, p. 12, grifos nossos.).

Limites e impedimentos de um trabalho intenso que provocam efeitos na subjetividade dos profissionais da saúde: ‘sensação de impotência’ frente aos limites concretos da rede SUS; ‘sentimento de insegurança’ quanto à falta de suporte suficiente para acolher a demanda. Como, por exemplo, desses apontamentos podem ser mencionados os depoimentos que escutamos em campo, que apontam para o dilema entre ‘iludir o paciente com medicação’, que não fará o marido parar de beber e de ficar violento dentro da própria casa, ou parar a medicação sem ter outra opção para oferecer para a usuária.

Como problematizou um generalista em uma reunião de grupo da Saúde de Família: *“Estou jogando lixo pra debaixo do tapete. Isso está certo?”* Quando se referia aos casos em que prescrevia medicamento, sem ter como encaminhar a pessoa para os serviços de saúde mental, e já sabendo que o medicamento deixará a pessoa mais letárgica diante da vida e, por consequência, apesar de dormir melhor, a cidadã irá reagir menos ainda às agressões que sofre dentro da sua própria casa. O próprio profissional que realiza o acompanhamento dessa pessoa, responde: *“É um dilema, e assim é muito difícil trabalhar e não adoecer também”*.

5.3.4 Trabalho, subjetividade e estratégias defensivas

A gente vê na casa da pessoa, quando chega e a pessoa começa a falar. Ela quer desabafar, e isso faz diferença. Como um médico me disse, o problema maior das pessoas está no coração, é psicológico. O trabalho com paciente da SM é de coração para coração, toca a gente, né? Mesmo a gente tomando os cuidados necessários, a gente acaba por preocupar, pensar no caso quando estamos descansando em nossa casa... fica o sentimento dentro de nós por que é uma situação muito triste. É triste mesmo! (ESF Girassol).

É por que tem a contratransferência, né? A gente se envolve com o sofrimento do outro. E o que fazer com isso? Como evitar que nos tornemos pessoas sofridas também? (ESF Lírio).

O trabalho é central na dinâmica subjetiva por ser um espaço de confrontos entre singularidade do sujeito trabalhador, seus fantasmas, anseios, crenças, desejos com relação as exigências das prescrições e dos ‘inesperados’ do real. Uma dinâmica de revificação dos processos identificatórios, até porque é também nas relações de trabalho que se obtêm, ou não, reconhecimentos que retificam a subjetividade ou a vulnerabilizam. Na Psicodinâmica do Trabalho, o trabalho é um local privilegiado da mobilização e produção de subjetividades, segundo Mendes e Araújo (2011, p.27):

Fazer implica pensar, se engajar no corpo, no cognitivo e no afetivo; fazer é afetar-se pelo real, transformar a si mesmo e transformá-lo. Assim, trabalhar é a mobilização subjetiva frente ao real do trabalho, que envolve a atividade laborativa concreta, pois é partir da organização do trabalho prescrita e efetiva que se potencializa a atividade psíquica, representada na elaboração e perlaboração³¹.

Dessa perspectiva, consideramos que o trabalho é um eixo organizativo da subjetividade por viabilizar elaborações, proposições, expressões, mas, quando o sujeito encontra constrangimentos, impedimentos de expressão e inventividades, o trabalho também causa sofrimentos e, no caso de reincidências de impedimentos, o trabalho pode desenvolver adoecimentos psíquicos. (Lancman et al., 2008. Martins, 2009; Mendes & Araújo, 2011).

³¹ Elaboração diz sobre o trabalho psíquico de pensar e apropriar dos afetos desencadeados pelo processo em ocorrência, “Tornar inteligível o desconhecido”. Já, a perlaboração, implica um trabalho psíquico que favorece, através de interpretações “que consistem em mostrar como as significações reencontram-se em contextos diversos.” (Mendes & Araújo, 2011, p. 27). Portanto, trabalhar é mobilizar-se psiquicamente. A relação que se evidencia entre trabalho e subjetividade, nessa perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, é a interrelação direta entre as revivências da história de vida do sujeito trabalhador, na interação com as práticas, nas quais a troca afetiva entre os ali envolvidos é significativa. Conforme discutido ao longo de todo esse capítulo 4: o trabalho em saúde se faz na tecitura entre sujeitos, onde o usuário endereça ao profissional da saúde, demandas de solução para seu sofrimento psíquico. Um agir em saúde, que se elabora dentre as condições de trabalho, e, também, através do trabalho psíquico dos profissionais das equipes de saúde da UBS no acolhimento às demandas de saúde mental.

Os anseios e angústias advindos do trabalho com saúde mental na Atenção Primária, como se verá a partir das narrativas destacadas a seguir, pelos profissionais das equipes- SF e SM, podem ser associados aos constrangimentos:

- a) *‘Peso do trabalho’* quanto ao envolvimento exigido e à responsabilidade que sentem pelo número crescente de pessoas com demandas relativas ao ‘sofrimento social’.
- b) *‘Desgaste emocional’* frente aos limites concretos das condições de vida dos usuários da saúde mental, que além da pobreza se encontram, em sua maioria, em situação de solidão ou de abandono.
- c) *‘Desgaste frente aos limites das condições de trabalho’*: falta de equipamentos para possíveis indicações e a agenda sobrecarregada da equipe de Saúde Mental.

Penso que o que mais desgasta neste trabalho é o lidar com tanto sofrimento, por que se o paciente procurou pelo Centro de Saúde é por que está em sofrimento que não está suportando. Este é um trabalho em si, muito pesado: lidar com o sofrimento vivo, o sofrimento insuportável para o sujeito.

O profissional da saúde mental tem uma preparação para este trabalho, já o generalista da SF eu não sei se está devidamente preparado. (ESM).

*A demora, a lentidão é angustiante. Os casos de estupro, de drogadicção diante da demora podem ser fatais. Isso angustia muito a todos nós **trabalhadores da saúde aqui na UBS por que estamos perto deles o tempo todo**, não dá para fingir ou distanciar muito, né? Eu diria que ver este tipo de dor e não poder fazer nada, é mais que sofrimento, chega a ser adoecer para o trabalhador. (ESF Girassol).*

*A ‘porta aberta’ do sistema para o cidadão é uma vitória! Tem país rico e desenvolvido que não tem sistema como o do Brasil. Isso é bom para todos nós. **O problema é a política e a administração quererem transferir toda responsabilidade para a nós da Saúde da Família. É um montante de demandas que não temos recursos, nem profissionais, nem equipamentos, nem a rede de saúde mental da Prefeitura de Belo Horizonte, que é muito bacana, dá conta. Para onde vão estas pessoas sofridas que estão ‘desassistidas’? Aqui para nós! Conviver com isso é muito difícil para nós profissionais. (ESF Hortência).***

O conjunto dos depoimentos até aqui analisados aponta para a prática e os seus desafios advindos de um trabalho cuja ação atinge diretamente a vida do outro, que está logo ali na frente do profissional da saúde, em uma dinâmica de trabalho vivo- com significativos imprevistos- que se efetiva na relação de trocas consistentes entre duas pessoas (Mehry, 2004), potencializando a desejada criação de vínculos para ação se tornar resolutiva (Campos, 2008). Uma insegurança, contudo, surge frente ao medo do *‘desconhecido da loucura’*, como posto pelos trabalhadores das equipes da Saúde da Família: as ameaças da ordem do imprevisto no momento do acolhimento da *‘pessoa portadora de transtornos mentais’*. Quando a família do usuário não tem condições de lidar com a pessoa, a equipe da SF precisa

assumir o cuidado, fazendo visitas mais frequentes à casa desse usuário, prática que, como se verá, é considerada como sendo *‘sempre é tensa’*.

Já para mim o que desgasta são as ameaças. Tipo assim: ‘Se eu não consegui vou quebrar tudo, vou acabar com você’. Essas ameaças dão medo e a gente não pode e nem deve reagir, por que a gente não sabe qual seria o tamanho da reação deles. (ESF Hortência).

É um paciente muito difícil, que dá medo. Não saber o que pode vir, inclusive com você dentro da casa da pessoa. A gente tem muito medo. (ESF Girassol).

O agir em saúde mental na Atenção Primária, o uso de conhecimentos técnicos procedimentais, somados à inventividade é posto pelos profissionais das equipes- SF e da SM- como ‘parte do seu trabalho’, mas, como defendido em momentos anteriores, um trabalho especial, marcado por peculiaridades e inseguranças que operam efeitos na subjetividade das pessoas ali envolvidas entre angústias, inseguranças e ansiedade. Como podemos notar nos relatos abaixo.

Comigo acontece muito de entrar na casa da pessoa e ela fisicamente, aparentemente estar bem. Aí ela começa a falar e eu fico escutando. Já percebi que só de escutar a gente já ajuda a pessoa.

Mas e depois eu falo com quem? Por que o que eu escutei, mexe comigo, também me preocupa e me entristece. (ESF Hortência).

E o pior é quando a pessoa deposita uma expectativa em você – o profissional da saúde, que muitas vezes ela própria não consegue resolver, e você também não irá resolver.

Até por que a gente pensa, né? Não consigo resolver os meus problemas – afetivos, psicológicos, como vou resolver os problemas desta pessoa?

Isso é muito duro. Chega a doer na gente. É um trabalho muito diferente da clínica geral, que para tal problema tem tal procedimento ou tais alternativas. (ESF Lírio).

As ‘pessoas infelizes descarregam’ nos profissionais das equipes da Saúde da Família e da Saúde Mental suas tristezas e ‘*esperanças de melhoras*’. O que resvala nos trabalhadores como um cansaço generalizado, frente a um trabalho ‘que não tem fim’, pois como se pode perceber ao longo dos encontros com as equipes, a medicação não resolve o ‘*sofrimento social*’, não atinge as causas que estão para além da estrutura subjetiva daquela pessoa, o usuário retorna para o Centro de Saúde indefinidas vezes. Dinâmica no cotidiano da UBS, que gera um cansaço generalizado frente a um trabalho não resolutivo. Esta questão foi unânime em todos os grupos: um cansaço significativo, que foi relacionado menos pela quantidade de tarefas realizadas e mais em razão da não resolubilidade do acolhimento realizado junto às ‘pessoas infelizes’. O que se pode perceber nas passagens abaixo.

Mas este é da saúde mental ... fibromialgia. Que é o neurótico leve que é nosso... É... esta pessoa que está aqui todo dia. Você resolve, noutro dia lá aqui de novo. Ai você vai falando, falando... E o que eu acho que a gente tem de mais cansaço. Não é cansaço, qualquer trabalho, vamos colocar assim, proporciona. Faz parte do dia-a-dia nosso ficar cansado mesmo. Se você fala muito, você pensa, faz conta, raciocina... Mas o que mais cansa é você não ver o resultado do seu trabalho. (ESF Girassol).

Tudo você tem. Sentir cansaço no final do dia é normal aqui para nós da ESF. O problema da saúde mental, o problema de trabalhar aqui na linha de frente, no Centro de Saúde, é que você acha que você não está sendo resolutivo. Que eu vou começar isso tudo, que eu posso até escutar, mas como ela falou: eu vou sair daqui ansiosa porque eu não consegui, eu não sei dar a resposta para a paciente. Não tem respostas para o problema dela... e isso não é fácil de levar para casa todo dia, né?! (ESF Girassol).

Um trabalho que faz ressonâncias na subjetividade daquele que escuta e acolhe. Ao escutar os problemas das pessoas sofridas, remete aos próprios problemas, pois, ainda que sob diferentes condições, estamos todos vivendo no mesmo contexto histórico. Lancman e Pereira (2008), afirmam ainda que, o principal instrumento, meio de trabalho do profissional da saúde é o próprio aparelho psíquico.

Na análise final, presente em seus estudos relativos à saúde mental e ao trabalho com profissionais de CAPS do Município de São Paulo, os autores aludidos no parágrafo anterior concluem que, na relação entre trabalho e subjetividade, deve haver espaço para expressões de singularidades e condições para realização de inventividades e defesas. Por outro lado, diagnosticam que o inverso, quando não há possibilidades para o sujeito trabalhador remanejar as situações de sofrimento, o trabalho pode desencadear adoecimentos. Vejamos estas relações entre trabalho, subjetividade e adoecimento nas palavras dos pesquisadores:

Em situações onde não há margem de manobra, onde o trabalhador não pode contribuir com sua experiência e seu saber-fazer, ou não consegue realizar seu trabalho de acordo com seus princípios e crenças, ele está impedido de transformar o sofrimento em ações significativas que o levem ao prazer. Nesse caso, o trabalho pode constituir em fator considerável de geração de sofrimento patológico, de desequilíbrio, de doenças físicas e mentais. (Lancman et al., 2008, p. 176, grifos nossos).

Para se fazer frente às contradições da organização do trabalho- exigências, prescrições, metas e prazos- e os sofrimentos daí decorrentes, podemos considerar que o coletivo de profissionais desenvolve estratégias defensivas, já que o trabalho é um local privilegiado de interação social (Dejours & Gernet, 2009; Martins, 2009; Mendes & Araújo, 2011). Os sujeitos, então, compartilham, quando constroem relação de confiança e cooperação entre pares, experiências que, ao circularem, propiciam a formulação coletiva de novas

práticas que, ao mesmo tempo, operam a atividade e protegem os operadores dos desgastes advindos do trabalho. O sofrimento no trabalho é uma vivência singular, por, como mencionado anteriormente, fazer ressonâncias na história de vida pregressa, mas os arranjos de enfrentamento e de defesa, se elaboram em coletividade daqueles envolvidos pelas mesmas atividades e relações, conforme se pode ver a partir de Martins (2009. P.59):

A vivência de sofrimento permanece singular, mas as defesas podem se configurar como objeto de cooperação coletiva. Apesar da cisão ou dissociação do sofrimento assumir, em cada um, uma forma específica, segundo sua história particular, **quando o setor excluído do pensamento é comum ao grupo em que está inserido, o sujeito pode substituir um pensamento pessoal por ideologias e estratégias defensivas coletivamente construídas.** (Grifos nossos).

Onocko Campos (2005), aponta, com base em seus consistentes estudos, as diferentes reações dos profissionais de saúde como forma de defesa e de enfrentamento aos desgastes da vivências no trabalho. Assim, de acordo com a autora, o trabalhador pode se identificar com o problema do paciente ‘*como sendo questões da vida*’; mas pode acontecer o contrário desta organização, isto é, a equipe reagir e denegar o vínculo com a população, tomando uma distância como ‘*sendo eles diferente de nós*’, os profissionais da saúde. Tem-se ainda um terceiro tipo de estratégia posta pela autora, que diz respeito à retaliação, “*onde a equipe pode vir a se tornar agressiva e retaliar os pacientes*”. (Campos, 2005, p. 577). Como veremos a seguir, as reações das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental que se apresentaram, correspondem às duas estratégias postas pela autora acima: ora se identificar com as situações de vida dos pacientes, ora querer tomar uma distância do sofrimento do usuário.

Até porque eu acho que o problema dela é igual a todo mundo, não é!? (ESF Hortência).

Nem filho a gente consegue cuidar...E chegar aqui no Posto de Saúde e ter de lidar com este sofrimento todo, que é muito parecido com o que a gente vive dentro da nossa casa?! (ESF Girassol).

Uma pergunta que eu fiz sempre é se a gente consegue descarregar esta tensão do nosso dia a dia de trabalho. Quem faz psicologia, psiquiatria tem que ficar fazendo terapia para conseguir trabalhar bem. Nós aqui do Centro de Saúde também teríamos que fazer terapia. É fundamental tomar distância dos nossos pacientes, fazer uma diferença entre eles e nós aqui da equipe. (ESF Hortência)

Numa sociedade como a de hoje em que eu não posso sofrer... Se a pessoa que não tem outras pessoas com quem contar, para onde ela vem? Para nós aqui da Saúde da Família. Nós não podemos nos confundir com eles. Eles são os pacientes, nós somos os profissionais. (ESF Lírio).

Profissional também tem que ter um, sei lá, um lugar pra cuidar da sua saúde mental também. Porque senão um dia que a gente sair daqui no final do expediente

e... sei lá, pode até pirar. Nós temos que ficar distante dos problemas dos pacientes, até para conseguirmos ajudar, né? (ESF Girassol).

A pessoa deposita uma confiança em nós. A gente acaba por fazer um trabalho de psicologia, também. Mas aí tem o problema para nós: por que a gente acaba por se envolver muito. Eu já fiquei sem conseguir comer e nem dormir por causa de um caso que eu me envolvi muito. Fui para a psicóloga e depois descobri que o caso era tudo mentira, fantasia. Agora, eu me defendo mais: procuro não me envolver tanto. Eu não levo problema mais para casa. Eu estou tentando me regenerar. (ESF Lório).

O acolhimento se faz no entrelaçamento afetivo entre quem endereça seu sofrimento e aquele que escuta, e na medida em que escuta com interesse, o demandante passa a depositar expectativas no profissional. Este é um ciclo desejável para o trabalho da clínica do acolhimento em busca da promoção de saúde e de cidadania (Campos, 2000; 2010; Campos, 2003; 2005).

Como vimos o agir em saúde mental exercido pelas equipes- SF e SM- com usuários na Atenção Primária demanda um maior envolvimento em razão da maioria destas pessoas, ser formada pelo que se denominou de ‘sofrimento social’, ou seja, pessoas infelizes que buscam no Centro de Saúde uma solução para suas dores, ou que expressam essas necessidades quando recebem as visitas dos profissionais em suas respectivas moradias. Em nosso estudo, como apresentado, interagimos com os grupos em reuniões de matriciamento e de reuniões semanais das equipes de SF, quando pudemos conversar e refletir sobre diferentes modos de enfrentamento a situações adversas e ameaçadoras decorrentes do acolhimento de pessoas com demandas de saúde mental. Encontramos estratégias elaboradas pelo coletivo de trabalho da UBS, que se organizou de modo distinto daqueles apresentados por Onocko Campos (2005) citados acima. Vejamos:

- a) Explicitar os limites: demonstram para o usuário os limites da respectiva formação, da atuação clínica, como também expressam sobre os limites da própria rede de assistência do SUS e da rede de SM da Prefeitura de Belo Horizonte, ambos voltados para os casos ‘graves e/ou pessoas em crise’:

*Realmente chega uma hora que dá uma certa depressão pra gente também. Por apresentar muita demanda e a gente não ter respostas. A gente faz o que pode. Sou muito sincera com o paciente. Até onde eu posso e digo para o Pc: seu caso é um grave, hoje eu vou te encaminhar para o cardiologista. Entendeu? **Eu aprendi uma coisa aqui no PSF, nestes quatro anos: a falar um Não!. Comecei a aprender agora. A colocar um limite, entendeu? Isto aqui é a unidade básica.*** (ESF Hortência).

Pronto! Aí eu tive que fazer isso, senão eu ia ficar... Eu acho que hoje eu estaria tomando remédio controlado... E foi bom, foi bem melhor. Hoje consigo conversar com ela normal, não importo de fazer, converso com ela numa boa...sem medo. Hoje já sei colocar limite, a começar por mim mesma. (ESF Girassol).

Eu já conversei com ela... porque assim, a gente sabe que no meio de nós... que a gente toma Fluoxetina, Rivotril, Diazepam... Eu falo assim: o médico também adoece. Eles também usam medicamento que nem você. É isso mostrar nossos limites e colocar esse paciente da saúde mental mais ativo com a própria saúde (ESF Lírio).

- b) Explicitar a co-responsabilidade para o usuário também se tornar um protagonista da produção da própria saúde, tendo como uma das referências as diretrizes postas pela política em vigor para o SUS, quanto a Humanização e Promoção de Saúde, previstos na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006; 2008). Diretrizes que defendem a promoção de saúde integrada, universal e equânime, mas também afirmam sobre o desenvolvimento do protagonismo do usuário em relação à produção de sua saúde:

Aí falava que o marido dela tava traindo ela, que os meninos não sei o quê... eu chegava e pensava: que quê eu vou fazer? Eu sentia na obrigação de ajudar ela. Mas, eu vi que não é assim. Porque tem um limite. Eu posso ir até tal lugar. Depois disso eu não posso ir mais.

Eu posso indicar ela, igual né, a gente tem a mesma linguagem. Oh, resolve isto lá no posto, conversa isto com a enfermeira e com a médica. É importante a pessoa se envolver também com o próprio tratamento. O paciente tem que ter mais responsabilidade hoje em dia, até por que ele tem muita informação também. (ESF Girassol).

Ou achar que você vai resolver toda a vida dela, né? Eu tenho responsabilidade de resolver, mas não é isto também...

A responsabilidade é dela também... (ESF Lírio).

- c) Nunca visitar um paciente da saúde mental sozinho, principalmente quando o sujeito se encontra em crise. Neste caso se evidencia a formação e o trabalho em equipe, funcionado como um coletivo de trabalho, um agir enquanto estratégia da atual organização do trabalho para UBS, mas também como uma formação que potencializa as defesas em relação às diversidades e constrangimentos das tarefas cotidianas:

Vai um funcionário da zoonose, vai um funcionário da enfermagem, vai o ACS [...]. Então, mobiliza pelo menos três funcionários da Unidade pra chegar lá. Conseguimos entrar na casa da paciente e ela falar que não quer... O trabalho com saúde mental não é mole! (ESF. Lírio).

O trabalho em saúde mental é, significativamente, mobilizador da subjetividade dos profissionais, em razão da própria dinâmica do acolhimento, como analisamos anteriormente e, também, em razão de o contexto de demandas de saúde mental se aproximar das contingências de vida dos trabalhadores. Situação que provoca ressonâncias na subjetividade dos profissionais, pois, se de um lado a aproximação viabiliza a circulação do profissional no território de responsabilidade de sua equipe de Saúde da Família, de outro, a aproximação também pode intensificar as identificações. Conforme sinalizaram os estudos da equipe coordenada por Lancman junto a trabalhadores de CAPS em São Paulo:

Essa questão reveste de agudeza ainda maior quando o trabalho envolve assistência à saúde mental da população, pois os trabalhadores da saúde passam a lidar com o mesmo tipo de experiência vivenciada por sua clientela: situações de trabalho que provocam elevados níveis de sofrimento, adoecimento psíquico, condições laborais adversas, desemprego, crise de identidade social e identidade profissional, restrição da rede social de apoio, etc. (Lancman & Pereira, 2008, p. 23).

As estratégias desenvolvidas pelas equipes de Saúde Mental e Saúde da Família para lidar com os desgastes do trabalho com saúde mental na Atenção Primária tem associação direta com o *‘tomar certa distância do caso’*, da pessoa e dos seus sofrimentos. Conforme analisam pesquisadoras psicodinamistas, em trabalho recente, o coletivo de trabalho e as estratégias são resultantes do viver junto, potencializado pelas atuais políticas de saúde que defendem a organização do trabalho nos serviços de saúde por equipes. Vejamos:

O trabalho não é constituído somente pela atividade, mas de várias dimensões, como a cultural e a social: **trabalhar é viver junto**. Esse viver junto deve ser vivido de fato, não ser vivenciado como uma experiência de habitar o mesmo espaço, mas de **compartilhar o sofrimento e as defesas**. (Mendes & Araújo, 2011, p. 21, grifos nossos).

Dentre as estratégias de defesa contra os sofrimentos do trabalho e, de enfrentamento frente à escassez de recursos da rede substitutiva de saúde mental e do SUS do Município de Belo Horizonte, o *‘tomar distância possível do caso’* foi um acordo deontológico elaborado em consenso, como posto por Dejourns e Gernet (2009), em todos os grupos que participamos ao longo de nossa pesquisa no campo das UBS.

Estratégia de defesa que potencializa, paradoxalmente, mais uma fonte de sofrimento, pois as diretrizes normativas da Lei nº 8.080, de 1990, da Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 648/GM de 2006, e da Portaria nº 154/GM, de 2008, que descreve o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instrumentos normativos estes que

prescrevem a criação de vínculo e de co-responsabilização como orientadores da prática clínica de acolhimento. E como estabelecer vínculo em uma consulta, em um acolhimento ‘humanizado’ sem se envolver? O que é uma estratégia defensiva contra os sofrimentos advindos do trabalho pode descortinar também um paradoxo na dinâmica da atividade de acolher o usuário da saúde mental na Atenção Primária, de modo prescrito como ‘Integrado, Universal e Equânime’ (Brasil, 1990).

O coletivo composto pelas equipes - Saúde da Família e Saúde Mental da UBS, busca se implicar intensamente na promoção da saúde mental na Atenção Primária mesmo com recursos escassos dos Centros de Saúde e da rede de serviços substitutivos em Saúde Mental do SUS-Belo Horizonte. Isso, por um lado, é uma tentativa de fazer valer os princípios constitutivos do SUS, mas, por outro lado, parece colocar em risco a saúde destes trabalhadores que se encontram entre angústia, ansiedade e inseguranças frente à crescente e complexa demanda de saúde mental que se apresenta na ‘porta de entrada do SUS’: o Centro de Saúde. Retomaremos essa e outras questões que balizaram nosso percurso, em uma reflexão crítica no próximo capítulo das considerações finais.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros, estabelecidos ao longo do nosso percurso nos Centros de Saúde, fizeram diferença radical para a produção da presente tese, pois possibilitaram uma aproximação com o trabalho real, a mobilização subjetiva e as estratégias defensivas. Pudemos observar e escutar sobre práticas exitosas que são desenvolvidas pelos trabalhadores da Saúde da Família e da Saúde Mental alocados nos Centros de Saúde do SUS-Belo Horizonte, haja vista erradicação de algumas doenças infantis, a expansão de ações em saúde da mulher como o pré-natal, programas de tratamento e prevenção de tuberculose, grupos operativos com pessoas dos grupos de doenças crônico-degenerativa, para citarmos alguns exemplos de ‘ações resolutivas’. (Belo Horizonte, 2006; 2009). Portanto, concordamos com Souza (2007) e Giovanella et al (2006), quando afirmam que a estratégia da SF está posta enquanto diretrizes, programas e ações de prevenção e promoção da saúde da população circunvizinha a UBS.

Todavia, outros prismas se descortinaram nos encontros com os profissionais, durante as entrevistas coletivas, revelando sofrimento psíquico dos próprios trabalhadores decorrente da responsabilidade e afazeres com saúde mental na Atenção Primária, sob determinada conjuntura política e de organização do trabalho. Ainda neste texto de conclusão, continuaremos a dialogar com os registros elaborados das entrevistas coletivas, encontros como já dito acima, profícuos.

A atenção à saúde com pessoas em situação de sofrimento mental, que possuem uma lógica diferenciada de vida e para se expressarem, coloca uma intensidade para além da rotina da UBS, até porque são situações de trabalho para as quais não se tem procedimento padrão, prescrições operacionais. Vejamos o depoimento que sintetiza bem essa apresentação:

“O trabalho com paciente da saúde mental é de grande responsabilidade, por que é lidar com a vida de uma pessoa que é muito frágil. O doente mental ora dá medo, ora dá pena. Por que na maioria dos casos aqui no centro de saúde, além da doença que faz sofrer, também tem abandono, violência e muita pobreza. E não ter muito como resolver... é difícil. E não ter procedimento padrão, com por exemplo é o trabalho com vacinação... é muito difícil. Isso dói muito na gente que convive com essa clientela no dia a dia aqui no posto, porque não temos muito o que fazer com eles. Para o trabalho com saúde mental não tem um procedimento padrão, né?!.” (ESF Hortência).

A estratégia da Saúde da Família é organizadora do modelo em vigor para a Atenção Básica nos municípios brasileiros. Ou seja, a rede de Unidades Básica de Saúde/Centros de Saúde no caso de Belo Horizonte, compõe os serviços desse âmbito de assistência do SUS. Desde 2006, com a Política Nacional de Atenção Básica, a UBS organizou-se como ‘a porta aberta de entrada’ para o SUS. (Brasil, 2006). As equipes que compõem o quadro funcional destas unidades, além do pessoal administrativo, são as equipes de especialistas da Saúde Mental e generalistas da Saúde da Família, no caso da cidade de Belo Horizonte, onde realizamos nosso estudo. A partir de 2008, a Portaria GM/148, decreta o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), oficializando a busca pelo trabalho integrado através do apoio técnico-assistencial de especialistas aos profissionais generalistas da SF.

Contemporâneo ao movimento de expansão e consolidação do SUS, principalmente a partir de 2006 como acima citado, a reforma psiquiátrica em seu movimento antimanicomial, passa a se mobilizar pela busca de integração da atenção à saúde mental pela rede de Atenção Primária. Especialistas, a exemplo de Amarante e Lancetti (2006), Amarante (2008), afirmam que na atual conjuntura política do SUS, a reforma psiquiátrica depende diretamente da articulação com a rede de Atenção Primária. Dito de outra maneira, a reforma psiquiátrica depende hoje da articulação do trabalho entre especialistas da SM com os generalistas da SF alocados nos Centros de Saúde.

Partimos, assim, do pressuposto que a estratégia da Saúde da Família pode pontencializar o movimento antimanicomial em relação à suas articulações extra-muros, fora dos hospitais psiquiátricos, isto é, viabilizar que a atenção à saúde de pessoa em situação de sofrimento mental aconteça no território de convivências cotidianas, na casa do usuário e em sua comunidade.

Um dos organizadores da rede de assistência da Atenção Básica é a noção de território para organizar a distribuição de unidades e as atribuições das equipes alocadas nas UBS. Dessa forma, a partir da população adstrita a determinado espaço de convivências de uma população, que somado aos índices de vulnerabilidade social e epidemiológicos, configura-se o quantitativo e a distribuição de Centros de Saúde e o número e composição de equipes- de SF e SM. Os profissionais dessas equipes devem se tornar responsáveis por toda população que vive na respectiva territorialidade (Belo Horizonte, 2006).

Nota-se, nessa conjuntura, a extensão que ganha o trabalho dos profissionais generalistas da SF, que devem responder por toda demanda de saúde da população que vive no território de sua responsabilidade, incluindo aí as pessoas com demandas de saúde mental.

Os índices epidemiológicos sobre saúde mental apresentados pelo Ministério da Saúde, em 2003, como já apresentado, são alarmantes: 9% da população tem ‘transtornos mentais menos graves’ e em torno de 7% da população apresenta ‘transtornos decorrentes de uso prejudicial de álcool e outras drogas’. Estamos, portanto, com um quantitativo aproximado de 17 milhões de brasileiros que podem demandar solução para o seu sofrimento junto aos trabalhadores das equipes- SF e SM nas UBS de referência. (Brasil, 2003).

A política de saúde que determina a saúde como direito universal, faz valer que na Atenção Básica também se acolha as pessoas com demandas de saúde mental. O SUS e a rede substitutiva em SM priorizam as agendas dos especialistas e os serviços, para os ‘casos graves’. O que redobra as demandas de acolhimento de ‘pessoas sofridas’, os ‘casos leves’, para as equipes de referência da população: os generalistas da Saúde da Família, como pudemos observar em nosso estudo.

Um dispositivo para se potencializar atenção à saúde na ‘porta de entrada’ do SUS, as Unidades Básicas de Saúde, é o matriciamento. Desde 2008, com a publicação da Portaria do NASF, torna-se oficial a alocação de especialistas da Saúde Mental nas equipes de apoio/NASF e também, como é o caso do SUS-BH, oficializa o apoio técnico-assistencial das equipes de Saúde Mental junto às equipes de Saúde da Família, alocadas em Centros de Saúde.

Há, portanto, uma lacuna nas atuais diretrizes políticas do SUS e da Reforma Psiquiátrica: como organizar uma Atenção Primária que inclua também as pessoas tidas como ‘transtornos mentais leves’? Como acolher as ‘pessoas sofridas’ nos Centros de Saúde, já que as equipes de SM que aí se encontram também devem priorizar os casos ‘graves’?

As diretrizes políticas que visam ampliar, dentre outros, a capacidade de trabalho dos generalistas da SF, através do matriciamento, seriam uma possível resposta mediante a demanda crescente e complexa que se apresenta no Centro de Saúde, em especial as relativas à Saúde Mental.

Os trabalhadores generalistas da Saúde da Família passam, então, a contar com apoio e supervisão dos especialistas da saúde mental em ‘reuniões de matriciamento’, uma diretriz em desenvolvimento nos Centros de Saúde no SUS-Belo Horizonte. O relato a seguir é ilustrativo da complexidade do trabalho e das lacunas que surgem entre o prescrito em lei e a efetividade das reuniões de matriciamento:

“O matriciamento é uma proposta muito inteligente. Os especialistas virem até o Centro de Saúde ajudar a nós os generalistas da Saúde da Família é fundamental para a política se efetivar. Isto por que toda população do

nosso território deverá ser atendida e acompanhada por nós da SF. Só que para atender a toda e qualquer demanda de saúde na Atenção Primária, é abrir um caminho sem fim... Ne? Chega aqui no Centro de Saúde todo tipo de problema e nós que somos da clínica geral não sabemos lidar com tudo. Ninguém sabe tudo, né?!

Então vieram agora com a proposta de matriciamento.

Mas na prática, infelizmente, não acontece assim, pois quando dá para ir na reunião, o que dá tempo é passar o caso...

Esta não é a proposta do matriciamento, mas na correria do nosso dia a dia e com a falta de recursos o que mais tem acontecido é passar o caso sem muita discussão e menos ainda opção de encaminhamentos, já que todo mundo tem agenda sobrecarregada e a prioridade do SUS e da saúde mental são os casos de psicose e crise, né?!” (ESF Lírio).

O matriciamento, nessa organização e condições, fica, assim, empobrecido e pode ficar reduzido a ‘passar casos e receituários de medicação’, o que reverbera no trabalho da equipe da SF que tem retorno contínuo do usuário cuja situação não está tendo uma resolução efetiva. Avaliado como o pior efeito das contradições das políticas em relação ao matriciamento, foi o fato de o usuário ‘ficar na estaca zero’, sem uma solução para o seu sofrimento em consequência da falta de recursos quanto a especialistas, falta de serviços substitutivos que pudessem acolher pessoas que não se enquadram nas prioridades do SUS, mas que estão em situação de sofrimento.

Uma contradição que persiste: ‘o que fazer com as pessoas infelizes que chegam aqui todos os dias no Centro de Saúde’? Os princípios universais do SUS e o movimento antimanicomial encontram-se na ‘porta de entrada’, ao proporem que todo cidadão deverá ser acolhido e referenciado pela equipe de Saúde da Família da respectiva UBS, e neste contexto, chegam em grande quantidade as ‘pessoas sofridas’. Os especialistas da equipe de Saúde Mental também se queixam quanto a essa lacuna no SUS, por não oferecer recursos para os casos de ‘transtornos mentais leves’ já que as respectivas agendas estão sobrecarregadas com o acolhimento dos casos mais graves. Manifestaram ressentimentos quanto a esta situação por não verem soluções para uma parte significativa da população com demanda de saúde mental dirigida para as equipes da UBS.

O tratamento dos ‘transtornos mentais leves’, os ‘casos leves’, conforme nomenclatura adotada no documento do Ministério da Saúde elaborado a partir das oficinas sobre SM na Atenção Básica (Brasil, 2003), não significa um trabalho em saúde que será mais fácil. Como já exposto, um trabalho que se apresenta de forma intensa e complexa, pois as ‘pessoas infelizes’, os casos ‘leves’ (9% da população) são os que procuram repetidamente pelo Centro de Saúde.

“Já que ‘não se tem remédio para suas dores, como o desemprego, marido alcoólatra, violência doméstica, dentre outras circunstâncias de vida de miséria, de abandono. Pois então, o paciente dito como ‘leve’ nos causa muito trabalho, até por que nem o SUS e nem a rede de saúde mental tem resposta para esta população já que a prioridade deles é o ‘grave’, o psicótico, o paciente em surto. E para onde as ‘pessoas infelizes’ vão? Aqui para o Centro de Saúde. Vem para nós, os profissionais generalistas da Saúde da Família.” (Matriciamento. UBS Hortência).

O trabalho em saúde mental na UBS, no contexto acima resumido, tem se demonstrado sempre tenso, ora como ansiedade, ora como angústia desencadeados pela não resolutividade e os impasses em relação à falta de recursos para o acolhimento dos casos tidos como ‘leve’ que não compõem a prioridade do SUS. Soma-se a esse contexto o modelo de gestão que passa ser adotado pela Política Nacional de Atenção Básica e demais portarias concernentes, para toda a rede de assistência da Atenção Básica no SUS. Uma gestão oficialmente voltada para o controle de metas quantitativas em escala ascendente, isto é, os resultados alcançados pela UBS, somam-se ao do Distrito Sanitário, que por sua vez compõe o somatório relativo ao do município. O recebimento de recursos está diretamente atrelado ao desempenho quantitativo apresentado por cada trabalhador do Centro de Saúde.

Conforme atestam os resultados apresentados da pesquisa realizada por Lancman e colaboradores (2008) e o estudo recente de Souza (2010) sobre a hegemônica ‘racionalidade gerencial dominante’, os controles quantitativos passam a ser utilizados também para os serviços de saúde. Esta racionalidade gerencial funcionalista que busca controlar os trabalhadores em prol da produtividade, apresenta procedimentos avaliativos da quantidade de trabalho desempenhado. O paradoxo que se descortina para os trabalhadores pode ser representado com a questão formulada em uma entrevista coletiva: *“como realizar um acolhimento humanizado, criar vínculo com o usuário e escutar, se o tempo que gasto para minha tarefa é controlado”?* E ainda: *“como realizar acolhimento humanizado com o usuário da SM que sempre te demanda mais tempo, com eles controlando quantos atendimento/dia você fez”?*

A lógica produtivista hegemônica também passa a fazer parte da gestão dos serviços de saúde, explicitando as contradições dessa injunção paradoxal: acolher a todo usuário que chega ao Centro de Saúde, de forma ‘humanizada’ e cumprir com metas de atendimento/dia. É uma organização de trabalho que ressoa nas relações intersubjetivas, seja para mobilizar e compartilhar estratégias defensivas contra os sofrimentos decorrentes, seja na aparição negativa a de romper com os laços solidários no trabalho acentuando as tensões. Tensões que

se redobram quando a atenção a SM deve acontecer no território, na moradia do usuário, como visto anteriormente o espaço de convivências determina o escopo de responsabilidades da equipe de Saúde da Família.

Como pudemos aprender com os trabalhadores da Atenção Primária, há um território que não é legislado e nem passível de prescrição, procedimentos postos *a priori*. É o que foi denominado de ‘*território interrelacional*’. Um território que se estabelece no acolhimento do usuário da Saúde Mental com suas demandas peculiares, que além de desconhecido para os generalistas da Saúde da Família, se mostra também ‘escorregadio’ frente aos imprevistos e possíveis ameaças. Como relatado pelos profissionais, acolher o usuário da SM é entrar em um terreno pantanoso, pois não tem padrão que assegure uma objetividade, uma racionalidade *a priori*. Trata-se de uma clínica que correlacionamos com o agir diante do imprevisto, ou seja uma clínica para a qual não se tem um padrão normativo.

Como destaca Dejours (1997; 2003), sempre existe uma lacuna entre o trabalho prescrito, regulamentado, padronizado e o trabalho real, aquele que é elaborado na mobilização subjetiva, o qual decorre de manejos elaborados pelo sujeito trabalhador. Um espaço que permite as expressões singulares, mas que também pode expressar fragilidades do sistema no exato momento que o profissional da saúde acolhe uma pessoa que lhe pede ajuda, para a qual não se tem muito o que fazer. Essa situação abre tensões e constrangimentos que reverberam na subjetividade dos profissionais da SF e SM do Centro de Saúde.

Dessa forma, o trabalho com saúde mental na Atenção Primária, demanda um engajamento subjetivo, uma mobilização do corpo, do afeto, do cognitivo para que o profissional, diante dos enigmas peculiares apresentados pelo usuário, consiga decifrá-los.

O que se constatou junto aos trabalhadores da saúde é um significativo mal estar por constatar que a pessoa em situação de sofrimento mental retorna continuamente ao Centro de Saúde. Ou seja, com base nas interrogações dos próprios trabalhadores, formulamos as questões: até que ponto a ação está sendo resolutiva com as pessoas sofridas, com as pessoas enquadradas como ‘portadoras de transtornos mentais leves’? O que fazer com as pessoas que não se enquadram nas prioridades nem do SUS nem da rede de serviços substitutivos em SM, cujas demandas são sempre peculiares?

As ressonâncias do trabalho, com base no acima exposto, podem ser esquematizadas a seguir: ‘sofrimento pelo peso’ da responsabilidade do trabalho em relação ao acolhimento da pessoa em sofrimento mental; ‘desgaste emocional’ em relação aos limites concretos das condições de vida dos usuários; sofrimento frente aos limites de ação decorrentes das atuais condições de trabalho da rede de assistência. As principais queixas frente a este contexto de

trabalho podem ser resumidas por uma expressão que foi unânime em todos os grupos que estivemos em entrevistas: *‘cansaço generalizado e principalmente com a não resolutividade dos casos da SM’*.

Nesta configuração de trabalho concernente à época da realização do nosso estudo, algumas equipes de saúde passam a se configurar enquanto um coletivo de trabalho, ao elaborarem e convalidarem entre si, acordos tácitos, de valor deontológico, como afirma Dejours (1994b), são eles: *‘explicitar os limites’* da UBS/Atenção Primária e da equipe; *‘explicitar a co-responsabilidade’* para o usuário também se tornar mais protagonistas do tratamento; *‘nunca visitar o paciente da SM’* se estiver desacompanhado.

Outra estratégia posta como um acordo tácito pelos grupos participantes da pesquisa foi: *‘tomar a distância de segurança do caso’*. Em outras palavras, evitar de se envolver afetivamente com o usuário, principalmente em se tratando do usuário da saúde mental. Quanto à esta estratégia defensiva, como já problematizamos, abre-se um potencial ao mesmo tempo, de desviar e/ou evitar as tensões decorrentes do envolvimento afetivo com o usuário da SM. Mas também tem o potencial de inviabilizar o estabelecimento de vínculo, o que é posto como uma prescrição para o *‘acolhimento humanizado’*.

Com o exposto retomamos ao nosso problema de investigação, que é: quais impactos dessas políticas e práticas na subjetividade dos profissionais das equipes- SF e SM?

Defendemos a tese que a política regulamenta a atenção à saúde mental realizada pelas equipes das UBS e coloca múltiplas exigências, através de diretrizes para os programas e algumas prescrições para os profissionais da SM e SF. Exigências que desencadeiam ressonâncias nos sujeitos trabalhadores: por um lado elaboram acordos tácitos para tornar o trabalho possível, por outro lado, compartilham estratégias defensivas coletivas como as citadas acima. Entretanto, novas questões se descortinaram dessa configuração a que chegamos: os sofrimentos decorrentes do trabalho são contornados e/ou elaborados pela estratégia *‘tomar distancia de segurança’* do usuário em situação de sofrimento mental? Quais efeitos desta distância do usuário na clinica do acolhimento numa conjuntura política que defende a humanização?

Esse arranjo, essa decisão pela *‘distância do usuário’* poderia corroborar também com o arrefecimento quanto a implicação política, participação efetiva nos embates da gestão do trabalho? A estratégia defensiva estaria se tornando, também o seu inverso, ou seja, desmobilizando o sujeito?

Destacamos, por fim, que as questões e articulações elaboradas nas análises aqui apresentadas, reconhecem a centralidade do trabalho na vida humana, sendo este mobilizador de prazeres e de sofrimentos. Cada sujeito que trabalha, leva consigo sua história de vida, sua singularidade, e tanto vivencia os efeitos da organização do trabalho- o campo relacional, as relações de poder e de hierarquia, como também se mobiliza na elaboração de manejos na construção de outras regras para se fazer as atribuições. Além dessa relação dialética, com base em nossa pesquisa, podemos reconhecer também o contexto sócio-histórico, como um continente que circunscreve as relações trabalho e subjetividade.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: P. Amarante. (Org.): *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. (p.73-85). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: M. I. Fernandes, I. R. Scarcelli & E. S. Costa (Org.): *Fim de século: ainda manicômios?* (pp. 47-57). São Paulo: IP/USP.
- Amarante, P. (2000). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2008). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: L. Giovanella et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. (p.735-760). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. & Lancetti, A. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In: G. W. S. Campos. (Org.): *Tratado de saúde coletiva*. (pp. 615-634). São Paulo: Hucitec.
- Arona, E. C. (2009). Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*; 18(1): 26-36.
- Arretche, M. (1996). Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 11(31): 44-66.
- Belo Horizonte. (2001). *BH- Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Belo Horizonte. (2003). *Saúde mental na assistência básica*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Belo Horizonte. (2005). *Projeto Saúde da Família da Prefeitura de Belo Horizonte: Plano Municipal de Saúde para 2005-2008*. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde.
- Belo Horizonte. (2007). *Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Belo Horizonte. (2008). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Belo Horizonte. (2009). *SUS-BH: Cidade saudável: plano macro estratégico da Secretaria Municipal de Saúde – BH, para 2009-2012*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Bendassolli, P. & Soboll, L. A. (2011). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.
- Bobbio, N. (2000). Política. In: Noberto Bobbio, Nicola Mattuci & Gianfranco Pasquino. *Dicionário de Política*. (p: 954-962). (5. Ed). Brasília: UNB/SP.
- Bock, A. M. B. (2003). *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Bock, A. M. B. & Gonçalves, M. G. M. (2003). Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: Ana Mercês Bahia Bock (Org.). *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. (pp.41-99). Petrópolis, RJ: Vozes.

Bock, A. M. B., Gonçalves, M. G. & Furtado, O (Org.) (2002). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. (2. ed.) São Paulo: Cortez.

Bosi, E. (2003). *O tempo vivo da memória: ensaio de Psicologia Social*. São Paulo: Ateliê Editorial.

Brasil. (2001). *Programa saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 junho, 2009, de <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/publicacoes.php>.

Brasil. (2003). *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde.

Brasil. (2004a) Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família – 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 03 agosto, 2009, de http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_normativa_psf.pdf.

Brasil. (2004b). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004c) *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2008). *Saúde mental em dados: informativo eletrônico de dados sobre a política nacional de saúde mental*. Recuperado em 05 outubro, 2011, de http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/2008_SMD_05.pdf

Brasil. (2011) *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica: relatório da gestão 2007-2010*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 05 novembro, 2011, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf.

Campos, G. W. S. (1999) Equipes de referencia e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 393-404.

Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão*. São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paideia*. (2ª Ed). São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2327-2344.

Campos, G. W. S. (Org.) (2006). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2): 399-407.

Campos, R. O. (2003). A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: G W S. Campo. *Saúde Paideia*. (pp.122-149). (2ª Ed). São Paulo: Hucitec.

Campos, R. O. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção á saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 573-58.

Cohn, A. (1994). Descentralização, saúde e cidadania. *Revista Lua Nova*, (32): 4-23.

Cohn, A. (2006). O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: G. W. S. Campos (Org.) *Tratado de saúde coletiva*. (pp. 219-246). São Paulo: Hucitec.

Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 05 de outubro). Recuperado em 27 de outubro de 2007, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil>.

Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 5 de outubro). 29. ed. São Paulo: Atlas.

Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de saúde ocupacional*, 14(54): 7-11.

Dejours, C. (1993a). A metodologia em psicopatologia do trabalho. In: S. Lancman & Sznclwar (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp. 107-128) (2. ed.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dejours, C. (1993b). Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: S. Lancman & Sznclwar (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp. 325-350). (2. ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dejours, C. (1993c) Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: S. Lancman & Sznclwar (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp. 49-106) (2 ed.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dejours, C. (1994b). O trabalho como enigma. In: S. Lancman & Sznclwar (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp. 129-142). (2. ed.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dejours, C. (1996) Uma nova visão do sofrimento nas organizações. In: J-F. Chalant. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. (pp. 150-175). (3 ed.) São Paulo: Atlas.

Dejours, C. (2008). *Avaliação do trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos*. São Paulo: Blucher.

Dejours, C. (2009). Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: P. E. Bendassolli & L. A. Soboll. *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp. 61-70). São Paulo: Atlas.

Dejours, C. (1997). *Pós-fácio* à edição de 1992 do livro “A loucura do trabalho”. In: S. Lancman & Sznclwar (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp. 129-142). (2. ed.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (Org.) (1994a). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Delfini, P. S. S. et al. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência e Saúde Coletiva*; 14(1): 1483-1492.
- Demo, P. (1998). *Charme da exclusão social*. Campinas: Autores Associados.
- Demo, P. (2009). A dialética e a qualidade política. In: A. Haguete et al. *Dialética hoje*. (pp. 116-144). (2. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Demo, P. & Pires, M. R. G. M. (2006). Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o sistema único de saúde. *Saúde e Sociedade*, 15(2): 56-71.
- Dimenstein, Magda e Traverso-Yépez, Martha (2005). *Saúde pública: antecedentes históricos, campo de serviços e práticas no município e Natal/RN*. In BORGES, Livia de Oliveira (Org). Os profissionais de saúde e seu trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, p:47-68.
- Fernandes, Maria Inês A. e Scarcelli, Ianni R. (2005). *Psicologia e Políticas Públicas de Saúde _ da construção de modelos à implementação de práticas*. In: Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2. Coord. Paulo Amarante. Nau Editora. Rio de Janeiro. (p.67-90).
- Ferreira Neto, J L. (2008). Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate*. 32 (78/80): 18-26.
- Fleury, S. (2006a). *Dilemas da coesão social*. Brasília: Nueva Sociedad.
- Fleury, S. (2006b). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. (3. ed.) São Paulo: Cortez.
- Fleury, S. (2009). Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 743-752.
- Furtado, O & González Rey, F. (2002). *Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais*. (pp. 91-105). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Furtado, O. & Svartman, B. (2009). Trabalho e alienação. In: A. M. Bock & M. G. Gonçalves (Org.). *A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica*. (pp. 73-115). São Paulo: Cortez.
- Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*. 22(6): 1171-1181.
- L. Giovanella et al (Org.) (2008). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. (p.735-760). Rio de Janeiro. Fiocruz.
- Hochman, G., Arretche, M. & Marques, E. (2007). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Jacques, M. G. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicologia & Revista*, 15(1): 97-116.

Junqueira, V. (2001). *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. São Paulo: Polis.

Kahhale, E. & Rosa, E. (2009). A construção de um saber crítico em psicologia. In: Bock & Gonçalves, (Org.). *A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica*. (pp. 19-53). São Paulo: Cortez.

Lancetti, A. (2001). Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: A. Lancetti (Org.). *Saúde mental e saúde da família*. (pp. 11-52) (2. ed.) São Paulo: Hucitec.

Lancetti, A. (2008). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Lancman, S. (Org.) (2008). *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo 15.

Lancman, S. & Pereira, L. M. (2008). Introdução. In: S. Lancman (Org.) *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. (pp. 09-28). Brasília: Paralelo 15.

Lancman, S. & Sznclwar, L. I. (Org.). (2008a). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (2. ed.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Lancman, S. & Uchida, S. (2003). Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6: 79-90.

Lancman, S., Sznclwar, L. I., Seiji, U., Alonso, C. M. C. & Juns, A. G. (2008). Ação em psicodinâmica do trabalho: contribuições sobre o trabalhar em saúde mental. In: S. Lancman (Org.) *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. (pp. 175-204). Brasília: Paralelo 15.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 3 de agosto 2009, de www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

Lei nº 1.0216, de 06 de abril de 2001. (2001, 16 abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Recuperado em 3 de agosto 2009, de WWW.planalto.gov.br/ccivil.

Lhuillier, D. (2007). Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: P. E. Bendassolli & L. A. Soboll. *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp. 22-58). São Paulo: Atlas.

Martins, S. R. (2009). *Clínica do trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Matos, D. B. (2009). *Mediação entre portadores de transtornos mentais e serviços de atenção básica em saúde: trabalho dos agentes comunitários de saúde da PBH*. Projeto de Iniciação Científica. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Mehry, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: A. T. Reis et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. (pp. 103-120). São Paulo: Xamã.

Mehry, Emerson E. (2006). *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Agir em saúde_ um desafio para o público. Merhy e Onocko (Org.). 2ª Ed: São Paulo: Hucitec. (p. 71-112).

Mendes, A. M. (2007). Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho. In: A. M. Mendes (Org.) *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. (pp. 65-85). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mendes, A. M. (Org.) (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mendes, A. M. & Araújo, L. K. R. (2011). *Clínica psicodinâmica do trabalho: práticas brasileiras*. Brasília: Ex Libris.

Minayo, M. C. S. (1999) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (6. ed.) São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (Org.). (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (12. ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.

Nunes, M. et al. (2007). Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2375-2384.

Oliveira, E. G. (2008). A saúde mental na atenção básica: uma parceria com as equipes de saúde da família. In: Kelly Nilo et al. (Org.). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Oliveira, P. A. B. (2003). Trabalho prescrito e trabalho real. In: A. D. Cattani (Org.) *Dicionário crítico do trabalho: trabalho e tecnologia*. (pp. 350-353). (4. ed.). Petrópolis: Vozes.

Paim, J. S. (2008a) *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA.

Paim, J. S. (2008b). A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(4): 625-644.

Paula, P. P. (2000). *Subjetividade e informação no trabalho contemporâneo: Nansen instrumentos de precisão: um estudo de caso no setor eletroeletrônico de Minas Gerais*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais.

Pereira, L, M., Rizzi, H. J. & Costa, A. C. G. (2008). Análise sócio-histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In: S. Lancman (Org.) *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. (pp. 29-86). Brasília: Paralelo 15.

Pochmann, M. (2001). *O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu*. São Paulo: Boitempo.

Portaria nº 154/GM (2008, 24 de janeiro). Aprova a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF. Brasília: Ministério da Saúde.

Portaria nº 648/GM (2006, 28 de março). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 junho, 2009, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf.

Ramminger, T. (2006). *Trabalhadores da saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

Ribeiro, Guilherme Cunha et al. (2008). Integração do Programa de Saúde da Família com o Programa de Saúde Mental em um Centro de Saúde de Belo Horizonte. In: Kelly Nilo et al. (Org.). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Rocha, C. V. (1999). Para um conceito de política. *Cadernos de Ciências Sociais*, 6 (9): 11-20.

Rocha, C. V. (2001). Idéias dispersas sobre o significado de políticas públicas. In: M. Stengel et al. (Org.) *Políticas públicas de apoio sociofamiliar: curso de capacitação de conselheiros tutelares e municipais*. (pp. 7-42). Belo Horizonte: PUC Minas.

Rocha, C. V. & Faria, C. A. P. (2004) Cooperação intermunicipal, territorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos consórcios de saúde de Minas Gerais. *Cadernos Metrópole*, (11): 73-105.

Scarcelli, I. R. (1998). *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Scarcelli, I. R. & Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para a formação em psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2): 340-357.

Schmidt, M. L. S. (2003). Políticas públicas e saúde mental. In: Z. Trindade & A. Andrade. (Org.). *Psicologia e saúde: um campo em construção*. (pp. 55-72). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, C. (2007). Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: G. Hochman, M. Arretche & E. Marques. *Políticas públicas no Brasil*. (pp. 65-86). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Souza, M. E. S. (Org.) (2006). *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde.

Souza, P. J. C. (2008). Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In. Kelly Nilo et al. (Org.). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.

Turci, A M. (Org.) (2008). *Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte*. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: HMP, pp. 432.

ANEXOS

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

ROTEIRO DE ENTREVISTA coletiva SEMI-ESTRUTURADA – Junho de 2010.

Pesquisa: Políticas Públicas no Campo da Assistência Básica e Saúde Mental: um estudo das ressonâncias do processo de trabalho com a SM junto a Atenção Primária.

Sou professora do curso de Psicologia da PUC Minas/Unidade São Gabriel e pesquisadora responsável pelo estudo. Esta pesquisa faz parte do doutoramento desenvolvido no Instituto de Psicologia da USP, junto ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, no Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. O estudo será desenvolvido com trabalhadores de equipes_Saúde da Família e Saúde Mental que atuem em saúde mental na Atenção Primária.

Como objetivo principal pretendemos compreender as relações trabalho e subjetividade em Saúde Mental na Atenção Primária, desenvolvido por profissionais das equipes SF e SM.

Vou ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após concordância e assinaturas, iniciaremos a entrevista coletiva.

ROTEIRO TEMÁTICO para Entrevista Coletiva:

Tema: Ressonâncias da Política de Saúde _Federal e Municipal sobre o Processo de Trabalho.

1. O que lhes chama mais atenção em relação à Política de Saúde_ **SF e SM** – MS/Federal?
2. E sobre a política SMSA/PBH_ SF e SM?
3. O que mudou com o processo de Matriciamento / Trabalho da ESM com a ESF?
4. Quais relações Vocês fazem entre as Políticas de Saúde e o Processo de Trabalho com SM na Atenção Primária?

Tema: O Trabalho com SM na Atenção Primária.

5. Qual é o trabalho atualmente da ESM?
6. Qual é o trabalho atualmente da ESF?
7. Como é o trabalho com a população Portadora de Sofrimento Psíquico?

Tema: Ressonâncias do Trabalho com SM e a Subjetividade do Trabalhador.

8. Quais potencialidades do Trabalho com a população Portadora de Sofrimento Psíquico?
9. E os Desafios? O que mudariam para se trabalhar Melhor com a SM na Atenção Primária?
10. Quais relações entre o Trabalho e possíveis riscos/danos à saúde do trabalhador da saúde?

Muito lhes agradeço pela colaboração. Assim que eu retornar para a SMSA os resultados da pesquisa, vocês também receberão um retorno. A previsão para este retorno é para Fevereiro/Março de 2011.

Att, Patrícia Pinto de Paula. Junho de 2010.

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: *Políticas Públicas no Campo da Assistência Básica e Saúde Mental: um estudo das ressonâncias do processo de trabalho com a SM junto à Atenção Primária.*

Prezado(a) Senhor(a):

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

- 1) **Introdução:** Sua participação se deve ao fato de ser profissional atuante em saúde no município de Belo Horizonte, em trabalho envolvendo pessoas com transtorno/sofrimento mental.

O objetivo desta pesquisa é compreender as relações trabalho e subjetividade em Saúde Mental na Atenção Primária, desenvolvido por profissionais das equipes SF e SM.

Sua participação neste estudo é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento deste estudo.

2) Procedimentos do estudo: Você será solicitado a responder a uma entrevista que será posteriormente analisada. As informações registradas servirão para que eu, enquanto pesquisadora possa conhecer as ressonâncias do processo de trabalho com pessoas portadoras de transtorno mental, desenvolvido na atenção primária deste CS da PBH.

Os resultados deste estudo poderão ser divulgados através de apresentação para a SMSA da PBH, para Coordenação do CS Dom Joaquim e para os trabalhadores envolvidos. Também por meio da publicação de artigos científicos e da Tese de Doutorado no Instituto de Psicologia da USP.

3) Riscos e desconfortos: Nesta pesquisa se utiliza de instrumento de coleta de dados consolidado nas ciências humanas, que é a realização de entrevista coletiva, cujas respostas serão tratadas com sigilo e confidencialidade.

Os riscos previstos neste tipo de procedimento são relativos a possível desconforto ao relatar sobre o processo de trabalho e sobre o processo da entrevista coletiva. Sendo que os temas abordados na entrevista coletiva dizem respeito ao cotidiano de trabalho com a SM na Atenção Primária e as informações serão tratadas enquanto relatos de categoria profissional. Ainda assim, caso ocorra desconforto de qualquer natureza, você poderá interromper a entrevista, sem ônus algum.

4) Benefícios: Dos benefícios previstos, destaca-se a possibilidade de identificar as ressonâncias que o trabalho com SM na atenção básica, pode trazer para o coletivo de trabalhadores. Com a publicação dos resultados, dar-se-á visibilidade às atividades desenvolvidas e respectivas demandas dos trabalhadores.

Espera-se também que, com o resultado deste estudo, você possa utilizá-lo na interação entre os profissionais de saúde inseridos neste campo, possibilitando a melhor compreensão do processo de trabalho e a reiteração da formação do coletivo de trabalho relativo à assistência à SM na atenção primária da PBH.

5) Custos / reembolso: Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

6) Responsabilidade: Efeitos indesejáveis são possíveis de ocorrer em qualquer estudo envolvendo seres humanos, apesar dos cuidados que a pesquisadora tomará ao longo das

entrevistas. Diante de qualquer desconforto, sua participação poderá ser interrompida, sem maiores prejuízos.

7) Caráter confidencial dos registros: A sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados do estudo serão sempre apresentados como dados da categoria. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

De maneira a assegurar sua privacidade, todo registro eletrônico desta entrevista, será totalmente destruído logo após a transcrição da mesma. As informações obtidas através de entrevistas que contem dados que possam identificá-lo, serão devidamente arquivadas pela pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos após a conclusão de todas as etapas do estudo. Terminado o prazo os mesmos serão destruídos, conforme exigência da Resolução CNS 196/96.

8) Participação: Sua participação neste estudo é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Você também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) você não use ou siga adequadamente as orientações do estudo durante a entrevista coletiva; (b) você sofra efeitos indesejáveis não esperados; (c) o estudo termine. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar o profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PBH cuja coordenação poderá ser contatada em caso de questões éticas:

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/BH)

Coordenadora: Celeste de Souza Rodrigues. Endereço: Av. Afonso Pena, 2.336/ 9º Andar – Funcionários, CEP: 30.130-007 – Belo Horizonte – Minas Gerais. telefone – (31) 3277-5309; e-mail – coep@PBH.gov.br.

Li, ou alguém leu para mim, as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição desta pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data.

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Patrícia Pinto de Paula. (31)8844.6758.

Data Junho de 2010.

RELATÓRIO FINAL

FIP: O Projeto de Pesquisa CAAE 0135.0.213.000-08

“Políticas públicas no campo da saúde mental do trabalhador de serviços substitutivos da PBH: 20 anos de SUS e de MLA”.

A primeira análise a apresentada a seguir, foi um resultado de um projeto FIP financiado pela PUC Minas no ano de 2009 e 2010. Naquela ocasião contamos com duas bolsas para alunos de iniciação científica , do curso de Psicologia/Unidade São Gabriel: Danusa Matos e Carlos Eduardo Firmino.

O projeto, como parte da pesquisa de doutorado, teve como Objetivo Principal fazer o levantamento e uma primeira análise de documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, datados a partir de 2006. Os documentos que foram submetidos à análise tratavam das políticas de saúde para: Saúde Mental; Saúde na Atenção Básica; e Saúde Mental na Atenção Básica.

TEMA: SUS E SAÚDE MENTAL

DOCUMENTO UTILIZADO	PROPOSTA	CORRELAÇÕES TEMA E O DOC. UTILIZADO
<p>Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Implementa SUS</p> <p>Assinado por Fernando Collor de Melo.</p> <p>Período pós 20 anos de Ditadura Militar no Brasil.</p> <p>A Constituição Brasileira no processo de Redemocratização é promulgada em 1988.</p>	<p>Título I – Das disposições gerais</p> <p>Art. 2º - saúde é um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado prover condições. Dever do Estado é de formular e executar políticas econômicas e sociais que visem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - redução de riscos de doenças e de outros agravos; - estabelecimento de condições que assegurem acesso Universal e Igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. <p>Art 3º _ Dentre outras determinantes e condicionantes da saúde, tem-se o trabalho.</p> <p>Parágrafo único_ Dizem também respeito à saúde ações que se destinam a garantir às pessoas e às coletividades condições de bem-estar físico, mental e social.</p> <p>Art. 6º_ Campo de atuação do SUS: Relativo à execução de ações. Letra C _ de saúde do trabalhador V- a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; IV _ avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; Parágrafo 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta Lei, um conjunto de atividades, que se destina através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, promoção e proteção de saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores.</p> <p>_ Relativo à execução de ações para a saúde do trabalhador, propõe IV- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde.</p> <p>Capítulo II – Dos princípios e diretrizes.</p> <p>I _ Universalidade _ acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.</p> <p>II_ Integralidade _ de assistência como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.</p>	<p>Justifica nos artigos _ Art. 2ª e 3ª, a consideração da saúde mental do trabalhador da saúde, como direito enquanto cidadão e fazer valer o dever do Estado.</p> <p>Sobre Art. 6 As novas políticas que geraram mudanças nos programas, por ex.: Políticas da reforma psiquiátrica e que por sua vez colocaram outros modelos de serviços de assistência à SM. Estes novos modelos, a exemplo dos pressupostos no Modelo de Atenção Psicossocial, desencadearam mudanças nos processos de trabalho: “1ª” Reforma Psiquiátrica _ MLA = Lei Paulo Delgado = CAPs. “2ª” Reforma / Inovações com as novas tecnologias advindas da política e estratégias do PSF = Rede de Serviços = ESM e ACS demandando reestruturações nos processos de trabalho nos CAPs.</p> <p>Orientação: Dialogar com o artigo de Costa-Rosa sobre Pressupostos do Modelo Psicossocial e transformações no Processo de Trabalho da ESM.</p> <p>É possível neste Art. 6, fazer articulação da saúde mental do trabalhador da saúde na perspectiva da Integralidade e Universalidade, propostos na Lei do SUS</p>

<p>Lei N. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.</p> <p>Dispõe sobre o funcionamento do SUS – Conselhos e Conferências de Saúde</p>	<p>Parágrafo 1º- A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de saúde.</p> <p>Parágrafo 2º- O Conselho de saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes de governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.</p>	<p>Conferência de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reúne a cada 4 anos; - para “[...] para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. - convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho em caráter extraordinário. <p>Conselho de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caráter permanente e deliberativo; - composição: representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários; - atuação: <p>Formulação de estratégias e no controle da execução de política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.</p> <p>Comentários:</p> <p>As Conferências de Saúde são instâncias formuladoras de políticas – e seriam também de programas???</p> <p>A nível dos conselhos de saúde, caberia também a definição de Programas???</p> <p>Aonde se localizaria o Poder Deliberativo e os registros sobre os Programas de SM da BH???</p> <p>No ano de 2010 acontecerá a 4CNSM!!!!</p> <p>Orientação:</p> <p>Tomá-las como referência para análise documental sobre o desenvolvimento do movimento da luta anti-manicomial _MLA, se justifica</p> <p>O que foi posto como 2ª Estratégia para a Pesquisa de Doutorado da prfa PatríciaPdePaula, caso a SMSA da PBH não autorize a pesquisa com os 15 trabalhadores de 2 Distritos_ ESF; ESM e CERSAM.</p>
---	---	--

<p>Portaria GM 648 - MS de 28 de Março de 2006</p> <p>Política Nacional de Atenção Básica. Assinado pelo ministro da saúde Saraiva Felipe. No 2º mandato do presidente Lula.</p> <p>O controle via Metas e via Documentação para receber Financiamento é explícito nesta Portaria.</p> <p>É lícito e necessário o controle fiscal e social.</p> <p>A questão que se coloca é sobre as possíveis interferências deste modelo de Gestão_ avaliação via controle de metas_ para o Processo de Trabalho e a saúde do Trabalhador.</p>	<p>Considerações/ justificativa da Portaria:</p> <p>. Expansão do PSF “que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil”.</p> <p>. Transformação do PSF em “uma estratégia de abrangência nacional q demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros”;</p> <p>. Considerando os princípios do Pacto pela Vida, Defesa do SUS e de Gestão (Portarias 399 e 699), “que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;</p> <p>. Considerando a diretriz do Governo Federal de “executar a gestão pública por resultados mensuráveis”.</p> <p>Resolve aprovar a Política Nacional de Atenção Básica.</p> <p>Cap. I – da ATENÇÃO BÁSICA “Caracteriza-se por um Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.</p> <p>O COMO se deve fazer Atenção Básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Práticas gerenciais e sanitária DEMOCRÁTICAS e PARTICIPATIVAS. - Trabalho em EQUIPE. - Trabalho dirigido a populações de TERRITÓRIOS bem delimitados. - RESPONSABILID pela pop / território atendidos. - Uso de TECNOLOGIAS elevada complexidade e baixa densidade. <p>Resolutiva para o território e sua dinâmica.</p> <p>Considera SUJEITO: ‘em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural’.</p> <p>PSF e Atenção Básica: “A atenção básica tem a SF como estratégia prioritária p sua organização de acordo com os preceitos do SUS”.</p> <p>FUNDAMENTOS da Atenção Básica: I- possibilitar acesso universal e contínuo aos serviços.</p>	<p>Interessante a apresentação dos conceitos ao longo da Portaria 648/2006 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atç Basica - Sujeito - Promoção da Saúde. <p>Com clareza e consistência, apontando tanto a Concepção quanto as Diretrizes operacionais para implantação/implementação.</p> <p>CRÍTICA a ênfase dada aos sistemas de CONTROLE do processo de trabalho.</p> <p>O que pode acarretar em desdobramentos de exigências e por conseqüência, mascaramentos das atividades. Tanto no registro quanto no ato do cuidado propriamente dito.</p> <p>Outra questão crítica: todo processo de Avaliação do Trabalho coloca em cena situações relativas a relação de poder, como p. ex.: iniquidades, assédios, competitividade, dentre outros que trazem riscos potenciais à SM do Trabalhador.</p> <p>Atenção Básica é caracterizada como o CONTATO PREFERENCIAL com os Usuários.</p> <p>ORIENTA-se pelos princípios _ em consonância com o SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -universalidade. - acessibilidade - coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade. - responsabilização. - humanização - equidade. - da participação social. <p>O sujeito usuário da assistência é reconhecido tanto na sua singularidade quanto envolvido e condicionado pelas condições concretas de vida – sócio/histórico.</p> <p>Nota-se AMPLIAÇÃO dos princípios e conseqüentemente ampliação de demandas e exigências de trabalho para o Agente de Saúde/Trabalhador de Saúde.</p> <p>Quanto aos Fundamentos da Atenção Básica, destacamos:</p> <p>1. O que direciona as ações para validar o princípio da Equidade. Ou seja, a Atenção Básica é a Porta de Entrada preferencial. O que permite o planejamento e a programação das ações descentralizadas e</p>
---	---	--

<p>II- efetivar a Integralidade em seus vários aspectos a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integração de ações programáticas e demanda espontânea; - Articulação de ações de Promoção, Prevenção, Vigilância, Tratamento e Reabilitação. - coord. do cuidado na Rede de serviços <p>III – desenvolver relações de Vínculo e Responsabilização entre equipes e pop.</p> <p>IV- valorizar os profissionais de saúde.</p> <p>V- avaliar e acompanhar sistematicamente os resultados.</p> <p>VI- estimular a participação pop e controle social.</p> <p>Item N. 5 – Do Processo de Trabalho das Equipes de Atenção Básica. São características do Processo de Trabalho das Equipes na Atenção Básica:</p> <p>I- definição do Território de atuação das UBS;</p> <p>II_ programação e implementação das atividades, com priorização de solução dos problemas de saúde + freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;</p> <p>III_ desenvolvimento de ações educativas q possam interferir no processo saúde-doença da pop e ampliar o controle social na defesa da Qualidade de vida;</p> <p>IV_ desenvolvimento de ações focalizadas em grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais....</p> <p>V_ assistência básica integral e contínua, organizada à pop adscrita, com garantia de acesso ao diagnóstico e lab.</p> <p>VI_ implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização.</p> <p>VII_ realização 1º atendimento urgência medica e odontológica.</p> <p>VIII_ participação das Equipes no planejamento e na avaliação das ações.</p> <p>IX_ desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados p Promoção da Saúde.</p> <p>X_ apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e controle social.</p> <p>Item N. 4 Cap. II – Processo de Trabalho na Atenção Básica “Além das características do processo de trabalho das Equipes da Atenção Básica, são características do processo de trabalho da SF:</p> <p>I_ Manter atualizado Cadastro das Famílias;</p>	<p>próximas as necessidades do território e também uma carga de IMPREVISIBILIDADE nos processos de trabalho?!</p> <p>2. Para fazer valer integralidade destaca-se a recomendação: “trabalho de forma interdisciplinar e em equipe”. O trabalho passa a exigir a comunicação/interação entre os diferentes trabalhadores/especialidade.</p> <p>3. Vínculo e Responsabilização do trabalhador entre equipes e usuários, depende diretamente da implicação subjetiva deste.</p> <p>4. Valorização é dita como consequência da formação e capacitação do profissional. SERÁ (?) suficiente capacitar?!Seja para o trabalho seja para a valorização??!!! Interessante como NÃO se faz menção sobre a PARTICIPAÇÃO no PLANEJAMENTO do trabalho!!?</p> <p>5. e 6. Avaliar permite aprimoramentos necessários. Mas o importante é não perder o objetivo da existência do serviço: contribuir para a qualidade de vida da população adscrita. Formação e capacitação do profissional. SERÀ suficiente, capacitar?!</p> <p>CRITICA Geral –todos os fundamentos: Nota-se ampliação em demasia do escopo/campo de trabalho.</p> <p>Questões que se colocam: Como tem sido o trabalho na atividade prática/real no cotidiano de uma UBS? E a participação dos trabalhadores no Planejamento e Avaliação do Trabalho?</p> <p>Quanto ao Processo de trabalho das Equipes na UBS, destacamos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ação localizada em um espaço geográfico e de relações humanas = altamente mutável, dinâmico. 2. Atender demanda espontânea = trabalhar com o imprevisto enquanto norma?! 3. Ação educativa = implica em ação política e Também em práticas teórico-metodológicas?! 4. Ação sobre RISCOS = trabalho é de alta complexidade?! 5. Assistência Integral = demanda ao trabalhador articular
---	--

	<p>II_ Mapeamento e reconhecimento da área/território e população atendida;</p> <p>III_ Diagnóstico, programação e implementação de ações promoção de saúde;</p> <p>IV_ Conhecer estrutura e funcionamento das Famílias para propor intervenções saúde-doença;</p> <p>V_ Trabalho em Equipe interdisciplinar, integrando áreas e profissionais de diferentes formações;</p> <p>VI_ promoção e desenvolvimento de ações Intersetoriais;</p> <p>VII_ abordagem integral e resolutiva com valorização de diversos saberes e práticas;</p> <p>VIII_ promoção da participação da comunidade no controle social;</p> <p>IX_ acompanhamento e avaliação sistemática das ações.</p>	<p>parcerias com outros setores/serviços da comunidade territorial. Caberá ao trabalhador este tipo de Iniciativa/Responsabilidade?!</p> <p>6. Atendimento Humanizado = diretriz que torna exigência quanto a Habilidade e Competências?! Quais seriam estas??</p> <p>8. Participação dos trabalhadores vem REALmente acontecendo, no planejamento de METAS/Atendimentos?!</p> <p>9. Ações intersetoriais = exige trabalhar além das fronteiras institucionais da UBS. Vem acontecendo?! Como e quais Condições?! (Ver Obs Item 5)</p> <p>10. Participação e Controle Social = qual a interação do Trabalhador /Equipes nestes Fóruns_Conselho Municipal e Conferencias Municipal e Nacional????</p> <p>Questões sobre o Proc de Trabalho na UBS:</p> <p>. Educação incluiria o processo/abertura para o Matriciamento?</p> <p>5.Trabalho em Equipe = abre espaço (existe???) para o Matriciamento?</p> <p>6.Ações Intersetoriais = a comunidade e seus serviços estão sendo mobilizadas? por quem? como?</p> <p>7. Valorização de diferentes Saberes/Práticas = Processo de Trabalho que necessita de diálogo constante e sistematizado. Acontece??!!</p> <p>9. Acompanhamento/Avaliação das Ações = Os Trabalhadores efetivamente tem espaço_palavra e ação, sobre as Metas e Avaliação???!!!</p> <p>. Estas atribuições reiteram as características do processo de trabalho apontadas no Item N.5 do cap. I. (Proc de Trabalho das Equipes Atç Básica)</p> <p>As questões levantadas naquela análise, se re-apresentam aqui!?!?!?!???</p>
--	---	---

	<p>ANEXO I – Atribuições Gerais.</p> <p>Destacou-se a seguir aquelas que reiteram as características do Processo de Trabalho analisadas acima_ das Equipes e na UBS:</p> <p>VI_ realizar Escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do Vínculo;</p> <p>VII_ responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;</p> <p>VIII_ participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;</p> <p>IX_ promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.</p> <p>NOTA:</p> <p>No Anexo II _Quadros para Projeto de Implantação –ACS/SF/SB,tem 1 quadro:</p> <p>Avaliação e Acompanhamento das Ações, que tem como fatores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SIAB - Pacto pela Atenção Básica - Pacto de GESTÃO. <p>Analisar isso no Documento da Portaria N.699 ???!</p>	<p>O quanto as atribuições remetem a um trabalho que envolve a Subjetividade do Trabalhador:</p> <p>Escuta, Vinculação, Responsabilidade.</p> <p>O Trabalhador da ESM e ESF participa do Planejamento do seu Trabalho?</p> <p>As atribuições específicas do ACS e do ENFERMEIRO do programa ACS, fazem exposição:</p> <ul style="list-style-type: none"> . ao trabalho em Equipe. . ao processo de “facilitar a relação entre os profissionais da UBS e ACS, contribuindo p a organização da demanda referenciada” (Atribuição N. III do Enfermeiro do PACS). <p>É interessante notar que apesar de não se mencionar sobre Matriciamento, nesta atribuição do enfermeiro, percebe-se uma abertura para este tipo de organização de trabalho.!!!!????</p> <p>O Processo de Trabalho das Equipes da UBS_ ESF (entraria a ESM???) é em diferentes momentos da Portaria 648, associado à:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escuta Qualificada; Trabalho em Equipe; Responsabilização; Vínculo com o Usuário.
<p>Portaria GM 687 –M. S. de 30 de Março de 2006</p> <p>Política Nacional de Promoção da Saúde.</p> <p>A publicação da PNPS: “ratifica o compromisso da atual gestão do MS na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS”.</p> <p>Assinado pelo Ministro</p>	<p>APRESENTAÇÃO:</p> <p>Em setembro de 2005 definiu-se Agenda de Compromisso pela Saúde – Pacto pela Saúde, que agrega 3 eixos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pacto em Defesa do SUS; Pacto em Defesa da Vida; Pacto de Gestão. <p>Pacto em Defesa da Vida, defende a prioridade para o “aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, c ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da SF ; a promoção,informação, educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física; na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida,controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados p envelhecimento”.</p> <p>Como desafio para o Gestor : “propor uma política transversal,</p>	<p>Nota-se na Apresentação da Portaria, que a promoção da saúde está voltada para controle de agentes nocivos via, principalmente, hábitos de vida saudáveis da população. Ou seja, os modos de vida são determinantes para o processo saúde-doença.</p> <p>Nesta perspectiva a noção de Co-responsabilidade na direção do Usuário da assistência se faz como operador estratégico e necessário.</p> <p>Destaca-se que no texto desta Portaria, os modos de viver se referem tanto ao exercício de vontades e necessidades individuais, tanto quanto coletivas, culturais.</p> <p>A concepção de saúde integra a complexa rede de multideterminações sócio-históricas e de modos de vida. Além de reconhecer que o aparato da tecnologia médica é insuficiente para a promoção de saúde.</p>

<p>de Estado da Saúde: José Agenor Álvares da Silva.</p> <p>No2º mandato do presidente Lula.</p> <p>Saúde = produção social multi-determinada.</p> <p>Demanda: Participação ativa de todos os envolvidos.</p> <p>O trabalho em Rede = via para acolher as necessidades do Território.</p> <p>Produção de Conhecimentos e Práticas = . Construção e Gestão Colegiada / Democrática . Comprometimento e Co-responsabilidade.</p> <p>Marcas do Processo de Trabalho: .Saúde coletiva .Gestão colegiada . Clínica ampliada</p>	<p>integrada e intersetorial”.</p> <p>INTRODUÇÃO _ texto muito BOM!</p> <p>Saúde é: [...] resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos deste processo”. (p14)</p> <p>“A saúde como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os envolvidos em sua produção_usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores_ na análise e formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida” (p.15)</p> <p>Promoção de Saúde é: [...] de modo que a Organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer, e aqueles que visem ao espaço além dos muros da unidade de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham”.</p> <p>Trabalho em Rede é: “[...] com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde” (p.15)</p> <p>Processo de Trabalho em Saúde: “[...] o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidade em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para q ela exista” (p. 15)</p> <p>“A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação” (p.15).</p>	<p>O texto destaca como Determinantes do processo saúde-doença no Brasil: “como, por ex.: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada”.</p> <p>Já esta concepção complementa a idéia anterior agregando a participação dos atores sociais na produção da saúde.</p> <p>Neste contexto de compreensão do processo saúde-doença, incluindo a individualidade/coletividade, história/cultura, condições de vida/relações sociais, o OBJETO da promoção de saúde EXTRAPOLA os muros da UBS. O que implica em Trabalhar em Rede; Intersetorialidade; Agir no Território.</p> <p>Produzir saúde se torna intimamente associado a promoção de cidadania. Ou seja, o usuário é instigado à práticas inventivas e críticas, “a mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede”.</p> <p>O Processo de Trabalho em saúde na Promoção de Saúde direciona-se para um ato político no sentido Arendtiano do termo Ação: Promover iniciativas dialogais, que provoquem outras tantas iniciativas na direção do mundo comum, do bem viver? Articulação possível?</p> <p>O Processo de Trabalho acena na perspectiva apresentada para um clínica ampliada, que se concretiza, se somente se, houver uma implicação subjetiva do trabalhador com a atividade _ ‘comprometer-se’.</p> <p>A questão do processo de trabalho em saúde, na interface SM na Atenção Básica está intimamente ligada a este comprometer-se do trabalhador na atividade_acolhimento, vínculo, responsabilização.</p> <p>Quais ressonâncias deste ‘tipo’ de trabalho com a população portadora de sofrimento mental?! Esta é Pergunta-Problema do projeto do Doutorado.</p>
---	---	--

	<p>Entendimento da Integralidade posto pela Constituição de 1988 e no SUS de 1990: “[...] a integralidade da atenção à saúde, qdo suas ações e serviços são instalados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social” (p. 16).</p> <p>Intersetorialidade: “Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções q a propiciem” (p.178).</p>	<p>Uma questão pertinente, no atual contexto e conjuntura de trabalho na Saúde , com a Promoção da Saúde!</p> <p>A concepção de integralidade do SUS opera mudanças no Processo de Trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desloca a Atenção da Doença/Sintomas para a história, condições de vida e necessidades de saúde. - Amplia a necessidade de comprometimento e co-responsabilidade do trabalhador. <p>O que pode gerar ressonâncias na produção de subjetividades mais Críticas, nos usuários, q exigem mobilização de recursos _ políticos, humanos e financeiros_ que extrapolam o âmbito da saúde. Daí a necessidade da Intersetorialidade</p> <p>No último parágrafo da Introdução da Portaria 687 MS/GM de 30 de março de 2006, reconhece que a proposta política e programática para a ampliação e efetivação do SUS em coerência com o momento sócio-histórico, coloca outros patamares de exigências para o trabalhador, neste novo processo de trabalho na saúde_ promover saúde com a participação do usuário/cidadão.</p> <p>Para Encerrar: “Neste sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna _[...]_ na várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade _ provoca a MUDANÇA no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o TRABALHO em SAUDE. (p.18).</p>
--	---	---

TEMA: SAÚDE MENTAL; CAPS; NASF; MATRICIAMENTO

DOCUMENTO UTILIZADO	EIXOS PRINCIPAIS	CORRELAÇÕES ENTRE O TEMA E O DOCUMENTO UTILIZADO
<p>PROJETO 3657/1989</p> <p>Deputado Paulo Delgado (PT/MG)</p> <p>Publicado na Seção I, do Diário do Congresso Nacional, em 29 de setembro de 1989.</p>	<p>“Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória.”</p> <p>A respeito dos serviços substitutivos:</p> <p>“Art. 2º As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.”</p>	<p>O projeto proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, denotando a necessidade da progressiva extinção dos manicômios e da criação de recursos não-manicomial de atendimento ao doente mental.</p> <p>No texto de 89, afirma-se que a rede psiquiátrica pública possuía a capacidade de proporcionar modelos de atendimentos respeitassem a cidadania do louco. É clara a influência italiana ao texto que, aliás, faz referência aos dez anos da Lei Basaglia.</p> <p>Na justificação do projeto, há uma crítica ferrenha ao chamado parque manicomial criado a partir dos anos 60 e, referindo-se ao modelo norte-americano, retoma a problemática da liberdade como um fator essencial ao atendimento em saúde mental. O resgate (ou produção) da cidadania do paciente parece ser o ponto-chave do projeto</p> <p>Não há nenhuma referência ao trabalhador da saúde mental.</p>
<p>LEI 10.216</p> <p>(Federal)</p> <p>Brasília, 6 de abril de 2001.</p> <p>FERNANDO HENRIQUE CARDOSO</p> <p>Jose Gregori</p> <p>José Serra</p> <p>Roberto Brant</p>	<p>“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”</p> <p>“Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.”</p> <p>Comentário:</p> <p>“Tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e versão final modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha. Inclui proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original (dos senadores Beni Veras e Lúcio Alcântara) ou contrários a ele (do senador Lucídio Portella).</p> <p>A lei redireciona o modelo da assistência psiquiátrica, regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária ou desnecessária.” (BRASIL, 2004).</p> <p>Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.</p> <p>§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.</p> <p>§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.</p> <p>§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos</p>	<p>A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 é fruto de um debate iniciado com o projeto 3657/1989, do Deputado Paulo Delgado (PT/MG). No texto da Lei não há a proposta de extinção dos manicômios como preconizado no projeto original citado. Diferentemente do projeto do deputado petista, a tentativa em 2001, grosso modo, é a extinção da <i>lógica manicomial</i>, lógica esta entendida como um modo de tratamento que não possibilita a inserção do portador de sofrimento mental, mas sim, cronifica seu quadro clínico. Além disso, há o fato de que entre 1989 e 2001 – quase 12 anos – algumas portarias e leis foram propostas nos âmbitos federal, estadual e municipal fazendo menção à extinção dos manicômios.</p> <p>Neste sentido, a luta já não é pela extinção do manicômio enquanto <i>equipamento</i>, edificação. Parece haver um entendimento de que um dispositivo (ambulatorio, NAPS/CAPS, e etc) pode funcionar numa lógica manicomial sem necessariamente ser um hospital psiquiátrico. Daí, a insistência de que haja recursos que incluam a dimensão da assistência social, ocupacional e do lazer quando o regime de internação for o recurso mais apropriado. (Art.4º, § 2º, § 3º)</p> <p>Assim, a Lei 10.216/2001 tem em seu texto uma proposta que caminha na direção da defesa dos direitos dos portadores de sofrimento mental. Tendo a reinserção social como finalidade, ela afirma a obrigatoriedade de formulações de políticas por parte do Estado, mas também convoca a família e a sociedade (Art.3º). Afinal, para que ocorra a reinserção (reabilitação psicossocial) do paciente é necessária uma articulação com a cultura, a sociedade em geral. Questão complexa, mas norteadora das propostas do campo da saúde mental.</p> <p>Sendo uma lei que passa do discurso da extinção dos manicômios para a proteção dos direitos dos portadores de sofrimento mental, a lei 10.216/2001 tem como ponto nevrálgico a regulamentação das internações. Além da finalidade de reinserção social, pela qual tais intervenções deverão ser norteadas, parece haver uma tentativa de romper com o modo tradicional de tratamento, buscando meios menos invasivos. Ora, tal preocupação remete a uma tentativa de se evitar <i>seqüestros</i> (por isso, a regulamentação da internação involuntária) que foram “legitimados” pelo Decreto nº 24.559, de 1934, em vigor até 2000(GOULART, 2006).</p>

	<p>mentais em instituições com características asilares [...]</p> <p>Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.</p> <p>“ Art 2º.[...] Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:</p> <p>[...] VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;”</p>	
--	--	--

<p>PORTARIA Nº224/MS 29 de janeiro de 1992 Ricardo Akel</p>	<p>“1 - DIRETRIZES: baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;</p> <ul style="list-style-type: none"> - diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; - garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; - multiprofissionalidade na prestação de serviços; - ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; - definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.” <p>(1) Funcionamento:</p> <p>“1 - Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório 1.1 - O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais. 1.2 - Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local. 1.3 - A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atendimento individual (consulta psicoterapia, dentre outros); - atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); - visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; - atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.” <p>(2)</p> <p>2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de</p>	<p>A Portaria Nº224/MS, de 29 de janeiro de 1992, surgiu três anos após o Projeto de Lei do Dep. Paulo Delgado (PT/MG).</p> <p>Em seu texto, apesar das referências aos NAPS/CAPS, não é discutido a noção de serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Parece haver nesta Portaria um esforço de legitimar o espaço do ambulatório, dos centros de saúde e das unidades básicas enquanto dispositivos que trabalhem no sentido de evitar a internação do portador de sofrimento mental. Neste sentido, podemos pensar que em 1992 a atenção básica já era entendida como uma estratégia de atuação no campo da saúde mental, tendo equipes lotadas nos centros de saúde e unidades básicas. É interessante observar que as visitas domiciliares, instrumentos tão em voga atualmente na perspectiva do matriciamento em saúde mental, já eram propostas como recurso de atuação junto aos pacientes nestes espaços. (1)</p> <p>Um detalhe que não pode ser deixado de lado diz respeito ao fato de que, a princípio, o atendimento ambulatorial foi visto pelo Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) como uma alternativa exitosa ao hospital psiquiátrico. Por este motivo, a ênfase dada pelo texto da portaria no modo com que este deveria se organizar. NAPS e CAPS surgem como dispositivos que ofertariam cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Por outro lado, em 1994 CAPS e NAPS, dispositivos territorializados, com população adscrita, já poderiam ser vistos como porta de entrada para as ações em saúde mental. A noção de rede de cuidados, que virá a nortear propostas futuras, também é citada no tocante aos NAPS/CAPS (2)</p> <p>A Portaria 224 regulamenta, ainda, o funcionamento do hospital-dia, dos serviços de urgência psiquiátrica e dos leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral. O atendimento nos SUP's e nos hospitais gerais deverão ser pontuais com a expectativa de que no pós-alta os pacientes sejam acompanhados nos hospitais-dia, nos NAPS/CAPS, sempre com a perspectiva de evitar internações nos hospitais psiquiátricos. (3)</p> <p>Além da composição da equipe de trabalho – recursos humanos – o texto não faz nenhuma referência ao trabalhador da saúde mental.</p> <p>Para concluir, podemos dizer que apesar de não se propor o fim da <i>lógica manicomial</i> (de forma manifesta) ou da extinção dos manicômios enquanto equipamentos, a Portaria postula a necessidade de um tratamento mais humanizado. Ou seja, o hospital, assim como nos dias atuais, ainda é visto como um recurso necessário. A questão é romper com as práticas desumanas de outrora. (4)</p>
--	--	--

	<p>unidade de saúde local regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.</p> <p>Estes serviços deverão cuidar da:</p> <p>(3) “preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com, sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial, visando prevenir a ocorrência de outras internações.”</p> <p>(4) “4. DISPOSIÇÕES GERAIS 1)- Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: - está proibida a existência de espaços restritivos, celas fortes; - deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; - deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes; - os hospitais terão prazo máximo de 1 um 1 ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local.”</p>	
<p>PORTARIA Nº336/GM 19 de Fevereiro de 2002 José Serra</p>	<p>Estabelece o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III.</p> <p>“§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi- intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.”</p> <p>OS CAPS são divididos em:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) CAPS I: serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. O CAPS I deverá funcionar no período de 08 às 18 horas, cinco dias por semana, com o limite máximo de 30 pacientes/dia em tratamento intensivo. 2) CAPS II: serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Deverá funcionar das 08 às 18, podendo ter um terceiro turno até as 21 horas. Máximo de 45 pacientes/dia em tratamento intensivo. 3) CAPS III: serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção contínua, funcionando 24 HORAS diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Máximo de 60 pacientes/dia em tratamento intensivo e no máximo 5(CINCO) leitos para 	<p>A Portaria 336 segue, de certa forma, o caminho aberto pela Portaria 224/92. Em 2002, o CAPS já não é visto como um dispositivo que poderá ser porta de entrada para o atendimento em Saúde Mental, mas sim, um serviço que deverá ter capacidade técnica para desempenhar tal papel. (1)</p> <p>Sendo um serviço que tem de funcionar na lógica do território, este dispositivo deverá responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território. (2)</p> <p>Ainda no que diz respeito às obrigações do CAPS, nesta lógica de funcionamento territorializada, há na Portaria uma proposta de capacitação das equipes da atenção básica. (3)</p> <p>Neste ponto, o que está sendo discutido é uma espécie de apoio matricial. É fato que, em 2002, tal dispositivo – matriciamento – ainda era incipiente. No entanto, esta relação entre CAPS e atenção básica, norteadas pela idéia de capacitação, supervisão, já era discutida. Tal proposta ficará mais clara na Portaria 154, de 2008, que regulamentará o NASF.</p> <p>Diferentemente do discurso da Portaria 224, o texto da Portaria 336 já parece apresentar o CAPS como um recurso, de fato, substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Daí, a necessidade de frisar à qual paciente este dispositivo se destina. CAPS é um serviço que deve estar capacitado a acompanhar os pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva. (4)</p> <p>Nesta perspectiva, o CAPS se torna um serviço que atenderá a clientela que outrora seria destinada ao hospital psiquiátrico. Tendo “a seu dispor” um regime de funcionamento de 24 horas, o paciente poderá ser envolvido pela chamada rede de cuidados em seu próprio território. Não podemos esquecer que esta portaria surge em 2002, ou seja, quase um ano após a publicação da Lei 10.216/2001 que tem em seu texto um discurso que propõe a reinserção social do portador de sofrimento mental, fazendo deste norte uma luta política.</p>

	<p>acolhimento noturno, feriados e finais de semana.</p> <p>Há ainda as modalidades CAPS I e CAPS II e CAPS ad II.</p> <p>(1) O CAPS deverá:</p> <p>“ b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;</p> <p>(2) - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;</p> <p>(3) d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;</p> <p>(4)</p> <p>Art. 5º</p> <p>Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor.</p>	<p>Seguindo esta linha de raciocínio, é entendido que mesmo estando num regime que, de certa forma, pouco difere do tratamento em um hospital psiquiátrico – pensemos num paciente que passa 24 horas neste serviço – o portador de sofrimento mental está próximo do seu território, fato que pode possibilitar a tão almejada inserção.</p> <p>Assim como os outros documentos, além da composição do quadro de profissionais, recursos humanos, não há outra referência ao trabalhador e, principalmente, à saúde do trabalhador do CAPS.</p>
<p>PORTARIA GM Nº154</p> <p>24 de janeiro de 2008</p> <p>José Gomes Temporão</p>	<p>Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.</p> <p>É objetivo desta portaria:</p> <p>(1)</p> <p>Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.</p> <p>Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.</p> <p>Artigo 2º:</p> <p>(2)</p> <p>§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.</p>	<p>O texto da Portaria 154 propõe que o Nasf seja um dispositivo que contenha, em sua equipe, profissionais de diversas áreas do conhecimento, estando entre elas Fisioterapia,, Psicologia, Terapia Ocupacional. O eixo principal do trabalho deste dispositivo é apoiar as Equipes de Saúde da Família, de forma territorializada, objetivando ampliar a abrangência das ações da atenção básica, assim como a sua resolubilidade. (1)</p> <p>Os NASF são recursos <i>apoiadores</i> e não deverão se constituir como porta de entrada. A perspectiva é a de que ele atue de forma integrada às ESF, com a proposta de se rever a lógica dos encaminhamentos, dando vazão à idéia de compartilhamento dos casos (2).</p> <p>Devendo funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, a carga horária deverá ser de 40 horas semanais. Classificados em NASF I e NASF II, sendo que tais classificações estão relacionadas ao contingente populacional do município (somente os municípios com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por dez quilômetros quadrados poderão ter NASF II), a composição de cada NASF será definida pelos gestores municipais. No que concerne ao campo da Saúde Mental, a Portaria 154/2008 recomenda que cada NASF tenha pelo menos 1(um) profissional da área.(3)</p> <p>A implementação deste dispositivo deverá acompanhar o processo de implantação das ESF. (4)</p> <p>No que diz respeito especificamente ao campo da Saúde Mental, a Portaria 154/2008 recupera o que já vinha sendo proposto em outros documentos do MS e também nas portarias que a antecederam, como a 224/1992 e a 336/2002. As ações de saúde mental que cabem ao NASF deverão ser pensadas na perspectiva de uma rede de cuidados. (5)</p> <p>Outro ponto a ser destacado é o de reafirmar o lugar estratégico ocupado pelo CAPS. Apesar da necessidade do trabalho em rede, constituído por vários elementos – oriundos do Estado ou da sociedade civil em geral – , o caminho que vinha sendo traçado deste a Portaria</p>

	<p>(3)</p> <p>Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais [...]</p> <p>§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.</p> <p>§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.</p> <p>(4)</p> <p>Art. 9º Definir que o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF:</p> <p>I - esteja vinculado à implantação/expansão da Atenção Básica/Saúde da Família [...]</p> <p>(5)</p> <p>A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros [...]</p> <p>(6)</p> <p>Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os freqüentam - sua família, escola, trabalho, igreja etc. - e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental.</p> <p>(7)</p> <p>Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania.</p>	<p>224/2002, no qual cogitava a possibilidade de o Caps ser um organizador da demanda do campo da SM. Se a Portaria 336 exigia que o CAPS tivesse a capacidade de gerenciar e regular porta de entrada e rede de cuidados, na Portaria 154/2008 este lugar parece já estar posto, instituído. O CAPS, sendo um serviço territorializado poderá auxiliar no resgate dos recursos comunitários dos quais o portador de sofrimento poderá usufruir. (6)</p> <p>Assim, a função do NASF é se integrar a esta rede e auxiliar na recuperação ou no resgate de tais recursos comunitários.</p> <p>Ele se articulará a partir das demandas das ESF, funcionando como um apoio, algo que potencialize o surgimento de melhores práticas em saúde, o que podemos arriscar a nomear de promoção da saúde, sendo esta entendida como melhoria na qualidade de vida. (7)</p> <p>As formas de atuação sugeridas, como discussões de casos e fomentação de abordagens coletivas, remetem às propostas do Documento <i>“Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”</i> (2003), produzido pelo Ministério da Saúde. Apesar de não falar em matriciamento, o modo de atuação recomendado se assemelha tanto ao proposto no documento do MS citado acima quanto às discussões de Campos e Domitt (2007) acerca da metodologia de apoio matricial.</p> <p>Para concluir, pode-se afirmar que a Portaria 154/2008, no que diz respeito às ações em saúde mental, segue uma linha de pensamento que já vinha desde a Portaria 224/1992 e reafirma a discussão encabeçada pela Lei 10.216, de 2001. A noção de reinserção social do paciente em seu território é novamente o foco principal. Outro ponto que se repete é a falta de referência à saúde do trabalhador.</p>
--	---	---

TEMA: Rede de Saúde na PBH; Atenção Primária em BH.

DOCUMENTO UTILIZADO	TEMAS E SUB-TEMAS PRINCIPAIS	SAÚDE MENTAL	CORRELAÇÃO DOS DOCUMENTOS UTILIZADOS C/ REFERÊNCIAS*
LEI 21 DE MARÇO DE 1990 Dispõe sobre a <i>Lei Orgânica do município de Belo Horizonte</i>	Art. 138 Parágrafo único – São direitos sociais a educação, a saúde o trabalho, o lazer [...] Art 141- A saúde é direito de todos e dever do Poder Público, assegurado mediante políticas econômicas, sociais, ambientais e outras que visem a prevenção e à eliminação dos riscos de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sem qualquer discriminação. Parágrafo único - o direito a saúde implica a garantia: I – condições dignas de trabalho, renda, moradia, alimentação, educação, lazer e saneamento. Art 143 - As ações e serviços públicos de saúde integram o Sistema Único de Saúde, que se organiza, no Município, de acordo com as seguintes diretrizes: III – integralidade da atenção à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos e de recuperação individuais e coletivas [...]	Art. 143. VIII – formulação e implantação de ações em saúde mental, obedecendo ao seguinte: a) respeito aos direitos e garantias fundamentais do doente mental, inclusive quando internado; b) estabelecimento de política que priorize e amplie atividades e serviços preventivos e extra-hospitalares	A) Reorganização da rede e da assistência à saúde: No início dos anos 90 estabeleceu-se a criação dos distritos sanitários (definiu territórios e áreas abrangência das unidades próprias e municipalizadas). Seguem a delimitação das Administrações Regionais e correspondem à organização administrativo-assistencial da SMSA/PBH. B) Início da implantação serviços substitutivos: Momento Antimanicomial – Anos 1990 Antecedentes: - II Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental / Bauru – 1987 - Intervenção da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santo na Casa de Saúde Anchieta - Projeto de Lei 3657/89 – Paulo Delgado PT/MG
LEI 7031 DE 12 DE JANEIRO DE 1996 Dispõe sobre a normatização complementar dos procedimentos relativos à saúde pelo <i>Código Sanitário Municipal</i> e dá outras providências	Art. 2º - A saúde é condição essencial da liberdade individual e igualdade de todos perante a Lei. Art 3º - O direito à saúde é inerente à pessoa humana constituindo-se em direito público subjetivo Art 4º - O direito à saúde pressupõe o acesso a bens e serviços essenciais, dentre eles a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer. Art. 7º - O Sistema de saúde no âmbito do Município se organizará com base nos princípios e objetivos do ordenamento nacional, notadamente: I – acesso universal e igualitário II- cobertura e atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem prejuízo das demais.	Art. 70 – A saúde do trabalhador deverá ser resguardada nas relações sociais que se estabelecem entre o capital e o trabalho no processo de produção, pressuposta a garantia da sua integridade e da sua higidez física e mental. Art. 72 – São obrigações do empregador, além daquelas estabelecidas na legislação em vigor: I – manter as condições e a organização de trabalho adequadas às condições psicofísicas dos trabalhadores	A) Implementação do dispositivo do acolhimento (1995) Desencadeou-se pela necessidade de se rever as portas de entrada dos CS. que se encontravam fechadas a usuários sem agendamento prévio, não pertencentes a grupos prioritários e que encontravam agendas lotadas e dificuldades de acesso. - Mudanças nos processos de trabalho; - Humanização da atenção á saúde com estabelecimentos de vínculo e responsabilização com os usuários visando aumentar a capacidade de escuta das demandas apresentadas e ampliação da intervenção. B) Momento Antimanicomial – Anos 1990 Efetividade de Programa em 1993/1996 por meio da Gestão Patrus Ananias. Nomeação para a SMSA o psiquiatra César Campos - Início da construção de dispositivos substitutivos ao hospital, os centros de convivência e os centros de referência em Saúde Mental – CERSAM

<p>PROJETO DE LEI Nº 212/2009</p> <p>Cria o Código de Saúde do Município de Belo Horizonte e dá outras providências</p>	<p>Art 2º - A saúde é condição essencial da liberdade individual e da igualdade de todos perante a lei.</p> <p>§ 1º O direito a saúde é inerente a pessoa humana e constitui-se em direito público subjetivo</p> <p>Art 3º - O estado de saúde, expresso em qualidade de vida, pressupõe:</p> <p>I – condições dignas de trabalho, de renda, de alimentação e nutrição [...]</p> <p>Art. 28 – O SUS no Município será organizado:</p> <p>§ 3º - No âmbito municipal, o SUS organizar-se-á em distritos sanitários para integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total e integral das ações e dos serviços de saúde.</p> <p>§ 4º - A responsabilidade pública de atenção ambulatorial no SUS será exercida por meio da rede de Unidades Básicas de Saúde, hierarquizada em níveis de complexidade e definida como principal porta de entrada seletiva para os serviços de maior especialização e os hospitalares.</p> <p>Art. 151 – São deveres dos serviços de assistência á saúde e das ações de saúde do Município:</p> <p>II – implementar práticas que favoreçam o acesso, a responsabilização e o vínculo com os usuários em todos os níveis de assistência.</p> <p>Art. 163 – A hierarquização da rede do Sistema Único de Saúde – SUS, que tem as Unidades Básicas de Saúde – UBS como atendimento primário na atenção [...]</p> <p>Art. 190 – A Assistência à Saúde prestada pelo SUS municipal se pautará nas seguintes diretrizes gerais:</p> <p>I- Universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação da sociedade [...]</p> <p>II – Ênfase nas ações coletivas e preventivas, na promoção da saúde e qualidade de vida, na multidisciplinaridade e no trabalho intersetorial</p>	<p>Art. 224 – O Município garantirá e implementará a prevenção, a reabilitação e a reinserção social pela das pessoas portadoras de transtornos mentais [...]</p> <p>Art. 225 – São direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além dos já estabelecidos em lei:</p> <p>X – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.</p> <p>Art. 226 – O modelo assistencial do município em saúde mental visa à desospitalização psiquiátrica com vistas à redução da internação, que será utilizada como último recurso terapêutico, esgotadas todas as demais formas de tratamento.</p> <p>Art. 232 – É vedado o início de nova atividade psiquiátrica no município, bem como a ampliação das já existentes, o que não inviabiliza a construção de unidade psiquiátrica em hospital-geral.</p> <p>Art. 234 – O Poder Público estabelecerá a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos [...]</p> <p>Parágrafo único – Serão considerados recursos alternativos aos hospitais psiquiátricos:</p> <p>I – ambulatorial;</p> <p>II- serviços de emergência psiquiátrica em prontos-socorros gerais e centros de referência;</p> <p>III – leitos ou unidades de internação em hospitais gerais ;</p> <p>IV – serviços especializados em regime de hospital-dia e hospital-noite;</p> <p>V – centros de referência em saúde mental;</p> <p>VI – centros de convivência;</p> <p>VII – lares e pensões protegidas.</p>	<p>A) Implantação do Programa de Saúde da Família - PSF</p> <p>- Primeiras equipes de saúde da família (2002). Adesão dos profissionais da própria rede.</p> <p>- Implantação do PSF através do programa BH VIDA: SAUDE INTEGRAL (2003)</p> <p>B) Momento Apoio Matricial – Anos 2000</p> <p>Proposta de integração Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Mental (ESM)/ discussão conjunta dos casos/atendimento na crise.</p> <p>Doc. Saúde Mental na assistência básica (SMSA, 2003), visa estabelecer parâmetros para as relações entre o projeto de SM e o BH – Vida.</p>
--	--	---	---

* A- BELO HORIZONTE. *Avanços e desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em BH*. Belo Horizonte: HMP, 2008, 432 p.

B- NETO, João Leite Ferreira. *Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.32, n. 78/79/80, p. 18-26, jan/dez. 2008.