Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Saúde Mental, Atenção Primária e a Estratégia
Saúde da Família: a implantação de unidades
básicas de apoio à Saúde Mental na região sul
do Município de São Paulo – um Estudo de
Caso.**

José Moura Neves Filho

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof. Dra. Fabíola Zioni

São Paulo

2009

**Saúde Mental, Atenção Primária e a Estratégia
Saúde da Família: a implantação de unidades
básicas de apoio à saúde mental na região sul
do Município de São Paulo – um estudo de
caso.**

José Moura Neves Filho

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dra. Fabíola Zioni

São Paulo

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Aos meus pais, José e Maria de Lourdes,

“in memorian”

Aos meus filhos, Mariana e Pedro,

“em meu futuro”

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dra. Fabíola Zioni e sua preciosa colaboração e orientação, sem a qual não teria sido possível a realização desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida e sua leitura atenta e proveitosas colaborações.

Ao Prof. Dr. Sérgio Dario Seibel, pela colaboração e inestimável amizade.

Aos meus professores, todos, os do passado e os do presente.

À Comissão de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo ao me conceder essa possibilidade.

À minha família.

Aos meus amigos, companheiros de viagem, que sempre contribuíram afetivamente, no apoio e renovado estímulo demonstrado, à minha vida e ao meu trabalho.

Aos profissionais e usuários entrevistados do M'Boi Mirim.

“Mas eu vejo todos absurdamente envolvidos. Eu acho que eles realmente estão aguerridos em relação ao PSF”.

“E eu trabalho isso com a equipe de que a gente tem que entender de que nós não atendemos somente a doença, e nem somente o paciente. Nós temos que tomar cuidado com a expectativa dele”

“Os problemas, a gente sempre trabalha de que eles são oportunidades. Oportunidades para melhorar, para revisar... Então, não são problemas... São oportunidades”.

“O acerto vem com a experiência e a experiência vem com o erro. Se você não errar, você não vai acertar nunca”.

(PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO M'BOI MIRIM)

Neves - Filho JM. Saúde Mental, Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família: a implantação de unidades básicas de apoio à saúde mental na região sul do Município de São Paulo - um estudo de caso. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

RESUMO

Introdução – Dada a sua crescente relevância epidemiológica e seu grande impacto na saúde das populações, diversos governos e entidades no mundo inteiro têm se preocupado com o tema da Saúde Mental. O relevante investimento em estudos epidemiológicos realizado no Brasil vem comprovando os índices alarmantes encontrados no mundo todo, especialmente na Atenção Primária da Saúde. No contexto da Reforma Sanitária Brasileira com a implantação do Sistema Único de Saúde, outro movimento, o da Reforma Psiquiátrica, ganhou alcance político e consolidou – se como política pública de saúde no âmbito governamental e implantou importantes mudanças no modelo assistencial, deslocando a centralidade hospitalar anterior para um modelo assistencial de base comunitária. A implantação do SUS trouxe importantíssimas mudanças no modelo tecno-assistencial da saúde conformando outros arranjos na chamada Atenção Primária da Saúde, com o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família. Reconheceu-se a necessidade de maior presença e articulação de ações de Saúde Mental nesse nível de atenção.

Objetivo: Analisar, na percepção dos profissionais envolvidos, a implantação de um Programa de Apoio à Saúde Mental na Atenção Primária de Saúde, articulada na Estratégia Saúde da Família.

Métodos: Estudo de caso, de abordagem qualitativa. Utilizou-se pesquisa documental, entrevistas, discussão em grupo e observação em campo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, agrupados em categorias, expostos à triangulação e discutidos à luz de seus pressupostos teóricos.

Resultados: Foram observados resultados favoráveis, impasses e desafios na integração de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

Conclusões: A necessidade de ampliação do programa para se alcançar um maior grau de implantação, foi constatada. Mudanças na Estratégia de Saúde da Família deveriam ser sugeridas com o intuito de contemplar e integrar ações de saúde mental em seu âmbito, principalmente para conseguir alcançar – se o princípio da Integralidade.

Descritores: Saúde Mental – Atenção Primária– Estratégia Saúde da Família – Integração de ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família – Apoio Matricial.

Neves - Filho JM. Mental Health Primary Attention and Family Health Strategy: the implantation of basic units as a support for mental health in the south region of São Paulo municipality – a case study. [Master Degree Dissertation]. São Paulo (BR): School of Public Health – University of São Paulo; 2009.

ABSTRACT

Introduction – Due to its increasing epidemiological relevance and its great impact on the populations' health, various governments and worldwide entities have been concerned about Health Mental themes. The relevant investment on epidemiological studies carried out in Brazil proved the alarming index found all over the world, especially on Primary Attention of Health. In the context of the Brazilian Sanitary Reform with the implantation of the Health Unique System, the Psychiatric Reform movement got a political reach and consolidation as public politics of health in the governmental ambit besides implanting expressive changes in the assistance models, moving the former hospital centrality to an assistance model of community base. The implantation of SUS has brought important changes to the techno-assistance model of health, adjusting other arrangements in the Primary Attention of Health with the development of the Family Health Strategy. It has been recognized the need of more presence and more articulation of Mental Health actions on this level of attention.

Objective: To analyze, from the involved professionals perception, the implantation of a Supporting Program for the Mental Health in the Primary Attention of Health, linked to the Family Health Strategy.

Methods: Case study of qualitative approach. Documental research, interviews, group discussion have been used as well as field observation. Data have been submitted to content analysis, clustered into categories, exposed to triangulation and discussed under the sight of their theoretical pretexts.

Results: Favorable results, impasses and challenges in the integration of mental health actions in the Family Health Strategies have been noticed.

Conclusions: The need of the program enlargement in order to reach a higher degree of implantation has been verified. Changes in the Family Health Strategy should be suggested with the purpose of contemplating actions and integrating mental health actions in its ambit, mainly to get to reach the principle of integrality.

Descriptors: Mental Health – Primary Attention– Family Health Strategy – Integration of Mental Health actions in the Family Health Strategy – Matriarchal Support.

ÍNDICE

1	QUESTÕES INTRODUTÓRIAS	1
1.1	UM CONCEITO PARA A SAÚDE MENTAL	3
1.2	A RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	4
1.3	O IMPACTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS	11
1.4	A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	15
1.5	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
1.6	A ATENÇÃO PRIMÁRIA, A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO	26
2	ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: HISTÓRIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E TRANSFORMAÇÕES.	
2.1	A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DE CONHECIMENTO	35
2.2	AS PRÁTICAS E PARADIGMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL - DAS TRANSFORMAÇÕES INICIAIS DO “ALIENISMO” AO CAMPO SOCIAL.	42
2.3	AS REFORMAS NAS PRÁTICAS – DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO PARA A COMUNIDADE	48
2.4	BRASIL – DA ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	51
3	OBJETIVOS	
3.1	OBJETIVOS GERAIS	70
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
4	METODOLOGIA	
4.1	O CAMPO DA PESQUISA EM SAÚDE PÚBLICA	74
4.2	DELINEAMENTOS DO ESTUDO – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA	76
4.3	DESENHOS METODOLÓGICOS – ASPECTOS TEÓRICOS	78
4.4	DOS INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	
4.4.1	Instrumentos de coleta	86

4.4.2	Análise dos dados coletados	91
4.4.3	A população do estudo	93
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	95
5	O CENÁRIO DO ESTUDO	
5.1	O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	98
5.2	A SECRETARIA DA SAÚDE, GESTÃO E RECURSOS DE SAÚDE.	100
5.3	A REGIÃO DA SUPERVISÃO TÉCNICA DO M'BOI MIRIM	104
5.4	DESCRIÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA	107
6	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	
6.1	DA PESQUISA DOCUMENTAL.	111
6.1.1	Apresentação e histórico	112
6.1.2	Caracterização da área de abrangência. O Território	112
6.1.3	Perfis programáticos de atenção	116
6.1.4	Integração com outros recursos de saúde	118
6.1.5	Estrutura e recursos humanos	121
6.1.6	Alguns indicadores de produção de saúde	124
6.1.7	Perfis de prescrição de psicotrópicos	134
6.1.8	Principais desafios	145
6.1.8.1	Desafios	145
6.1.8.2	O indicador "Treatment Gap"	148
6.2	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS PRIMÁRIOS	
6.2.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa	155
6.2.2	Análise e discussão dos dados coletados pelas entrevistas com os profissionais e usuários/familiares	158
6.2.2.1	Eixo I: as percepções dos profissionais sobre a ESF	159
6.2.2.1.1	Concepções e diretrizes	160
6.2.2.1.2	O Trabalho, organização e processo. A Equipe	173
6.2.2.1.3	Resultados e desafios percebidos	195

6.2.2.2 Eixo II: As percepções dos profissionais sobre o programa de apoio à saúde mental	212
6.2.2.2.1 Demandas e necessidades em saúde mental	215
6.2.2.2.2 Organização e processo de trabalho	224
6.2.2.2.3 Resultados e desafios percebidos	233
6.2.2.3 Eixo III: A Perspectiva dos usuários e familiares.	258
6.2.2.3.1 A Percepção da Assistência.	259
6.2.2.3.2 A Percepção do Estigma	277
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	283
8 REFERÊNCIAS	293
ANEXOS	314
CURRÍCULO LATTES	326

Lista de figuras

Figura 1 –	Evolução no número de consultas médicas gerais realizadas na Região da STS M'Boi Mirim 2003 2008	125
Figura 2 –	Impacto causado pela produção ambulatorial das AMS do M'Boi Mirim evolução trimestral em 2008	126
Figura 3 –	Evolução do número total de consultas psiquiátricas na Atenção Básica da região da STS M'Boi Mirim 2002 – 2008	127
Figura 4 –	Número total de consultas psiquiátricas em 2008 STS M'Boi Mirim - Unidade de Emergência X Atenção Básica	128
Figura 5 –	Consultas da ESF e Especializadas microsistema de apoio do Jardim Herculano ano 2008	129
Figura 6 –	Composição quantitativa e de perfil de prescrição / médico da ESF / Alto do Riviera, 2008	137
Figura 7 –	Composição do perfil de prescrição	138
Figura 8 –	Composição do perfil de prescrição /médico psiquiátrica / Jardim Herculano, 2008	140
Figura 9 –	Prescrição mensal de Clonazepan 2.0 mg por médicos da ESF – Alto do Riviera 01/2008 – 03/2009	141
Figura 10 –	Prescrição mensal de Haloperidol 5,0 mg por médicos da ESF - Alto do Riviera 01/2008 - 03/ 2009	141
Figura 11 –	Receitas de Diazepan 10 mg prescritas em 2008	142
Figura 12 –	Receitas de Haloperidol 5.0 mg prescritas em 2008	143
Figura 13 –	Receitas de Clonazepan 2.0 mg prescritas em 2008	143
Figura 14 –	Receitas de Fluoxetina 20 mg prescritas em 2008	144
Figura 15 –	Estimativas para o cálculo do “Treatment gap” de Psiquiatria, STS M'Boi Mirim, 2008	152
Figura 16 -	A Redução do número de leitos por ano	265

Lista de tabelas

Tabela 1 –	Famílias cadastradas versus habitantes cadastrados	114
Tabela 2 –	Parâmetros do documento norteador abril/2005	130
Tabela 3 –	Visitas domiciliares (vd) – valores mensais	130
Tabela 4 –	Programas especiais	132
Tabela 5 –	Consultas ESF/Psiquiátricas/População - UBS Jardim Herculano	133
Tabela 6 –	Prescrição de Psicotrópicos por médicos da ESF - UBS Alto do Riviera	136
Tabela 7 –	Prescrição de psicotrópicos por médicos da ESF e psiquiatras UBS	139
Tabela 8 –	População da STS e o número de procedimentos psiquiátricos realizados na rede SUS no ano de 2008	151
Tabela 9 –	Características dos profissionais entrevistados	155
Tabela 10 -	Número e proporções de leitos psiquiátricos em hospitais Gerais e leitos psiquiátricos tradicionais	266

Lista de quadros

Quadro 1 –	Distribuição das Unidades de Apoio à Saúde Mental STS M'Boi Mirim	108
Quadro 2 –	Prioridades da ESF e número de pessoas	118

LISTA DE SIGLAS

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
AMLA – ASSISTÊNCIA MÉDICO – LEGAL AOS ALIENADOS
APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE
CAPS - CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CGSM - COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL
CONASP - CONSELHO CONSULTIVO DA ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE
PREVIDENCIÁRIA
DINSAM - DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
IAP – INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
INAMPS – INSTITUTO NACIONAL DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL
INPS - INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
IPUB - INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DA UNIVERSIDADE DO BRASIL
MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE
MTSM - MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PACS - PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.
PNPS - POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.
REMUME - RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS
SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SNDM - SERVIÇO NACIONAL DAS DOENÇAS MENTAIS
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TMC – TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

1 QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

1 QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

O tema da Atenção à Saúde Mental vem ganhando relevância e preocupações crescentes em todo o mundo e constituindo-se como um desafio em seu enfrentamento nas Políticas de Atenção, Prevenção e Promoção da Saúde.

O Relatório sobre a Saúde no Mundo – 2001 apontou esta preocupação com o Tema “Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança” (OMS, 2001). Na mensagem inicial deste importante relatório, a Diretora Geral, refere-se ao próprio evento:

“A OMS está fazendo uma declaração muito simples: a saúde mental – negligenciada por demasiado tempo – é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. (...) Acredito que o Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 vem renovar a ênfase dada aos princípios proclamados pela ONU há uma década. O primeiro desses princípios é o de que não devesse existir discriminação em virtude das doenças mentais. Outro é o de que na medida do possível, deve-se conceder a todo paciente o direito de ser tratado e atendido em sua própria comunidade. E o terceiro é o de que todo paciente deverá ter o direito de ser tratado num ambiente o menos restritivo, com o tratamento menos restritivo ou intrusivo” (BRUNDTLAND, 2001, p.6)

Essa importante publicação da Organização Mundial da Saúde procurou despertar a consciência do público e dos profissionais para o imenso ônus dos transtornos mentais em termos humanos, sociais e econômicos ao mesmo tempo em que revelou a insuficiência dos serviços e das ações de saúde, impedindo milhões em todo o mundo de serem contemplados em suas necessidades de tratamento.

Reconheceu, além dessas, as barreiras do estigma e da discriminação, mas empenhou-se em trazer e atualizar as maneiras de compreender – se os transtornos mentais, proporcionando esperança aos doentes mentais e a seus familiares em todo o mundo.

A publicação trouxe importantes contribuições epidemiológicas de prevalência e de impacto desses transtornos, analisou os fatores contributivos e o âmbito da prevenção, destacou os avanços científicos, e

fez recomendações minuciosas e detalhadas no esforço de recomendação para a adoção de políticas de saúde dirigidas para este fim.

1.1 UM CONCEITO PARA SAÚDE MENTAL

Na mesma publicação, estudiosos de diferentes culturas conceituariam divergentes definições à saúde mental.

Os conceitos de saúde mental abrangeriam, entre outros aspectos, o “bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa”. Seria quase impossível uma definição na perspectiva transcultural.

De modo geral, não obstante, concordar – se ia quanto ao fato de que saúde mental seria “algo mais do que a ausência de transtornos mentais” (OMS, 2001, p. 4).

Para SARACENO e BARBATO (1995) a noção de saúde mental exigiria uma noção mais complexa, ao não esgotar-se no modelo exclusivamente biológico e médico, uma vez que implicaria agentes e ações múltiplas, correlatos às dimensões legislativas sociais econômicas culturais e políticas.

Para esse autor, as ações individuais seriam aquelas que mais coincidiriam com a intervenção da Psiquiatria, ou seja, curar, promover a melhora evitar a recaída dos doentes, promovendo, dessa forma, fatores protetores (ao paciente e à família, assim como à rede social) e governar junto ao paciente os fatores de risco.

Essa noção mais ampliada abarcaria uma dimensão biopsicossocial, que seria uma relação mais complexa e orientada pela comunidade, seja em relação ao tratamento da doença mental, seja em relação à promoção e prevenção. Essa dimensão aponta para uma relação não simplesmente somatória, mas interativa entre as dimensões biológicas, psicológicas e

sociais, com nítidas implicações ao se pensar nas possíveis intervenções em uma “Saúde Mental Comunitária”.

1.2 A RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Anteriormente as estimativas de prevalência de problemas mentais eram obtidas a partir de populações institucionalizadas, sendo que somente após a Segunda Guerra Mundial, os estudos comunitários começaram a ser desenvolvidos. Foi a partir daí então que, as pesquisas epidemiológicas, primariamente desenvolvidas em ambientes asilar e hospitalar, se estenderam aos serviços de saúde ambulatoriais e posteriormente para os estudos de base populacional.

Essa mudança na população estudada, e o desenvolvimento da epidemiologia psiquiátrica tornaram possível conhecer melhor a morbidade em que cerca de 90% das manifestações psiquiátricas compõem-se de distúrbios não psicóticos, principalmente depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e de concentração e queixas somáticas (COUTINHO et al., 1999).

Essa relevância epidemiológica finalmente só ficou mais visível, ao reconhecer – se o impacto causado pelos transtornos mentais no mundo, após a importante publicação, em 1993, do trabalho realizado pela Escola de Saúde Pública de Harvard, em colaboração com o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS) quando introduziram e avaliaram o conceito da Carga Global de Doença – CGD (BANCO MUNDIAL, 1993).

A CGD introduziu um novo parâmetro de medida – Anos de vida ajustado por incapacidade (AVAI) ¹ – que, ao quantificar a carga das doenças, particularmente as doenças crônicas, mostrou o peso dos

¹ AVAI: Anos de vida ajustados por incapacidade referentes a uma doença são a soma dos anos de vida perdidos em virtude de mortalidade prematura na população e os anos perdidos em virtude da incapacidade pela incidência na população, medindo o desnível de saúde combinando estas informações. Os AVI referem-se apenas ao componente da carga relacionado à incapacidade. A este respeito ver Murray e Lopez, (1996a e 1996b).

transtornos mentais nessa nova composição de indicadores de saúde (MURRAY e LOPEZ, 1996a, 1996b).

Esse importante trabalho demonstrou, em suas estimativas iniciais, que os transtornos mentais e neurológicos representavam 10,5% do total de Anos Vividos Ajustados por Incapacidade (AVAI) perdidos por todas as doenças e lesões.

Essa cifra demonstrou, pela primeira vez, o alto ônus devido a esses distúrbios. Três condições psiquiátricas situavam-se, nessa ocasião, entre as 20 principais causas de AVAI para todas as idades (Transtornos depressivos, lesões autoprovocadas e os devidos ao uso do álcool), e seis para a faixa etária de 15–44 anos, a saber, Transtornos depressivos, os devidos ao uso do álcool e drogas, lesões autoprovocadas, esquizofrenia, transtornos afetivos bipolares e os do pânico.

Uma análise de tendências indica claramente que essa carga crescerá rapidamente no futuro em todo o mundo. As projeções indicam que crescerá para 15% até o ano 2020 (MURRAY e LOPEZ, 1996a).

Quando se observa somente o indicador “incapacidade”, as estimativas da CGD 2000 mostram que as afecções mentais e neurológicas responderiam por 30,8% de todos os anos vividos com incapacidade (AVI).

A depressão figuraria com a maior proporção do indicador de incapacidade, representando quase 12% do total. Seis afecções neuropsiquiátricas situar-se-iam entre as 20 principais causas de incapacidade (AVI) no mundo. Seriam os Transtornos Depressivos Unipolares, Transtornos devidos ao uso de álcool e de outras drogas, Esquizofrenia, Transtornos Afetivos Bipolares, Doença de Alzheimer e outras demências, e Enxaqueca (OMS, 2001).

No mesmo estudo, MURRAY e LOPEZ (1996b) anteciparam que por volta do ano 2020, a proporção de AVAI atribuídos às condições neuropsiquiátricas, crescerá para 20,6% na América Latina e Caribe em função da queda proporcional de mortalidade por outros fatores e a chamada transição demográfica (envelhecimento da população).

Mais recentemente, novas estimativas corroborariam o papel, cada vez mais importante, do distúrbio depressivo unipolar, que passaria do quarto para o segundo lugar no período de 2002 a 2030 no “ranking” das maiores causas de AVAL, superada apenas pela AIDS e seguida pelas doenças coronarianas, isto considerando o mundo todo. Nos países desenvolvidos assumiria o primeiro lugar e nos mediantemente desenvolvidos (caso do Brasil) o segundo, em 2030. (MATHERS e LONCAR, 2006).

Em estudo realizado no Brasil (SCHRAMM, et al., 2004), no ranking dos AVAL, as doenças do grupo II.E (neuropsiquiátricas) ocupariam a primeira posição, em contraste com a 12ª posição quando se comparam os índices de mortalidade atribuída.

A publicação da OMS em 2001 chamou a atenção para estudos internacionais abrangentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento ao demonstrar que, durante a vida inteira, mais de 25% das pessoas apresentariam um ou mais transtornos mentais e comportamentais, apoiando-se em Regier et al. e Wells et al. (OMS, 2001)

Citando os trabalhos de Goldberg e Lecrubier, Ustun e Sartorius, a mesma publicação (OMS, 2001) destacou ainda que os transtornos mentais e comportamentais seriam comuns entre pacientes que frequentam serviços de Atenção Primária de Saúde (APS). Esse estudo transcultural realizado pela OMS em 14 locais e, conduzido por aqueles autores, detectou, com algumas variações, que aproximadamente 24% de todos os pacientes que utilizam esses serviços de saúde, apresentavam algum transtorno mental, prevalecendo os diagnósticos de Depressão, Ansiedade e Abuso de Substâncias, isolados, ou em co-morbidade com outras doenças físicas.

No Brasil, alguns estudos também enfatizaram sua presença na APS, com uma percentagem elevada, entre 38 e 56% dos pacientes que a utilizam. (MARI, 1987; IACOPONI, 1989; VILLANO, 1998). Essa elevada percentagem seria constituída principalmente por pacientes portadores de Transtornos Mentais Menores ou Transtornos Mentais Comuns (TMC), principalmente quadros depressivos e ansiosos, de caráter agudo, com

menor gravidade dos sintomas e que remitem muitas vezes espontaneamente.

O estudo de ALMEIDA FILHO et al. (1997), considerado o primeiro estudo brasileiro multicêntrico, (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), com *n* de 6.476 indivíduos e maiores de 15 anos encontrou respectivamente os valores de 50,5; 31,0 e 42,5 como índices de prevalência por toda a vida (%) e os valores de 34,1; 19,0 e 33,7 como índices de prevalência em um ano nas 3 cidades referidas.

Mais recentemente, na cidade de São Paulo foi realizado um estudo epidemiológico, investigando Transtornos Mentais (ANDRADE et al., 1999). O estudo abrangeu indivíduos maiores de 18 anos residentes entre os bairros Jardim América e Vila Madalena. Os resultados mostraram uma alta prevalência de Transtornos Mentais ao longo da vida da ordem de 33,1% dos indivíduos da amostra. Uma grande parte dos entrevistados -18,3% - apresentou um episódio no último ano e 15,4%, no último mês. Ou seja, 1/3 da população investigada já apresentou pelo menos um transtorno mental ao longo da vida e 1/4 no último ano. Excluindo dependência à nicotina, a depressão foi o Transtorno mais prevalente, atingindo 16,8% da população ao longo da vida.

Tomando por base estudos anteriores e utilizando-se de estimativas populacionais para o Brasil no ano de 2000, MARI et al. (2007), estimaram a variação da prevalência para um ano de 18,8 a 29,2%. Já a estimativa para a prevalência na vida para todos os transtornos mentais variou de 31,9 a 41,3 %. Isso representaria que, aproximadamente de 32 a 50 milhões de brasileiros estavam sofrendo de algum transtorno mental e que entre 54 a 70 milhões, apresentariam algum transtorno mental ao longo da vida.

Os transtornos mentais comuns (TMC) foram caracterizados por GOLDBERG e HUXLEY (1992), pelos sintomas de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Nos estudos, de base populacional, realizados em países industrializados, sua prevalência varia de 7% a 30%.

Os critérios diagnósticos para esses transtornos não preencheriam, porém, os sintomas essenciais para preenchimento de critérios diagnósticos em classificações tradicionais como a Classificação Internacional das Doenças em sua décima versão (OMS, 1993) ou a DSM-IV, e seriam mais específicos desse nível de atenção. (GOLDBERG e HUXLEY, 1992; ARAYA et al., 2001).

Haveria uma associação importante entre a presença dos TMC e variáveis sócio-demográficas e econômicas desfavoráveis em populações de países em desenvolvimento, como baixa renda e escolaridade e as mulheres seriam as mais atingidas. (GOLDBERG e HUXLEY, 1992; LEWIS et al.1998; LUDERMIR e LEWIS, 2001; ARAYA et al., 2001).

MARAGNO et al. (2006, p. 1639), apoiando-se em Jenkins et al. ; Almeida Filho et al; e Andrade et al., referem ainda que apesar dessa elevada prevalência, só uma pequena parte desses transtornos seria identificada e tratada..

Essa lacuna na atenção traria como consequência o aumento do sofrimento individual, além de não minorar as implicações socioeconômicas significativas, como o absenteísmo e elevaria a demanda nos serviços de saúde. (LUDERMIR e MELO FILHO, 2002).

MARAGNO et al. (2006) corroboraram esses dados, quando, em um inquérito de saúde e acesso a serviços, realizado de janeiro a março de 2001 em áreas periféricas do Município de São Paulo, parcialmente cobertas pelo PSF, com indivíduos maiores de 15 anos de idade, encontraram uma alta estimativa de prevalência de 24,92% de TMC no conjunto da população estudada. Concluíram que, esta alta prevalência, foi mais encontrada e significativa nas mulheres – RP (Razão de Prevalência) = 1,34; nos idosos acima de 65 anos (RP = 1,56); nas categorias de menor renda (RP = 2,64); ou de menor escolaridade (RP = 2,83). Os TMC, portanto, mostraram – se associados aos indicadores de desvantagem social, implicando a necessidade de focalização do problema e dos grupos de risco específicos para maior impacto da atenção. Não se observou diferença significativa na prevalência de TMC segundo a cobertura PSF.

BANDEIRA et al. (2007), em um estudo recente envolvendo 400 indivíduos atendidos por duas equipes do programa PSF de uma cidade do interior de Minas Gerais, obteve um índice global elevado (37,8%) de pessoas com perfil sintomático indicativo de Transtornos Mentais Comuns, destacando-se os sintomas referentes às sub-escalas de Distúrbios do Sono (41%) e Desejo de Morte (38,25%) e menores índices nas Subescalas de Desconfiança do Próprio Desempenho (27,75%), Distúrbios Psicossomáticos (25,5%) e Estresse Psíquico (22%). Houve taxa significativamente mais elevada no escore global para os homens, com 45,1% apresentando perfil sintomático, comparativamente a 32,6% das mulheres. Porém, as mulheres apresentaram porcentagens mais elevadas de perfil sintomático na sub-escala que se refere ao desejo de morte, 44,1% contra 29,9% dos homens.

Alguns estudos epidemiológicos têm ainda revelado a ausência de cobertura assistencial para a população que sofre severamente com algum distúrbio mental considerado grave.

KOHN et al. (2005), por exemplo, realizaram um estudo tomando por base os dados obtidos em estudos de prevalência e uso de serviços na América Latina e Caribe entre 1980 e 2004. Concluíram que no caso das psicoses não afetivas estimaram uma prevalência média estimada durante o ano precedente de 1,0%; a depressão maior, de 4,9% e o abuso e dependência de álcool de 5,7%, em termos de porcentagem. E ainda que: mais da terça parte das pessoas afetadas pelas psicoses não afetivas; mais da metade das afetadas por transtornos de ansiedade generalizada e cerca de $\frac{3}{4}$ das que abusavam ou dependiam de álcool não haviam recebido tratamento psiquiátrico algum, em nenhum tipo de serviço de saúde, incluindo não especializados.

Outros estudos mais recentes têm demonstrado as dificuldades de acesso aos serviços de saúde nos casos de transtornos mentais já existentes e, portanto, que não estão sendo tratados.

ANDRADE et al. (2007) conduziram estudo de utilização de serviços de saúde por portadores de transtornos mentais em área de captação em São Paulo (Vila Madalena e Pinheiros), bairros considerados nobres e

privilegiados em termos de oferta de serviços de saúde. Encontraram que, um, em cada cinco indivíduos desta amostra (19.1%), apresentou algum episódio de transtorno mental no último ano. Os indivíduos de maior renda cobertos pela medicina supletiva ou privada foram os que mais utilizaram os serviços de saúde, seja geral ou de saúde mental, comparados aos de menor renda não cobertos pelo sistema supletivo. Considerando o último mês, somente 0,8% da população com transtorno mental e de mais baixa escolaridade (0 a 4 anos), estava fazendo algum tratamento psiquiátrico, enquanto que na faixa de escolaridade superior (11 anos ou mais), observou-se que 10,4% desta população fazia algum tipo de tratamento psiquiátrico. Ainda mais, os que ocupavam o mais baixo quartil em termos de renda, tinham a mais baixa taxa de utilização de serviços de saúde mental – metade apenas – daqueles indivíduos que ocupavam faixas superiores de renda. O fato de ter também plano de seguro saúde ou convênio médico supletivo incrementaria em três vezes o uso da assistência psiquiátrica. O estudo concluiu e enfatizou o relevante impacto que os transtornos mentais causam na utilização dos serviços de saúde como um todo e as iniquidades encontradas. O acesso e utilização dos serviços de saúde mental pela população mais necessitada e menos privilegiada socialmente, apesar das diretrizes do SUS, ainda constituiriam enormes desafios. Concluíram e destacaram ainda a necessidade de ser dispensada uma correta e maior atenção à Saúde Mental, principalmente para a população SUS – dependente, principalmente no treinamento dos profissionais na Atenção Primária da Saúde, visto o impacto, custos envolvidos e a inadequação da assistência, observados nesse e em outros níveis de atenção à saúde.

1.3 - O IMPACTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS.

Como já foi observada, a relevância epidemiológica dos transtornos mentais tem sido cada vez mais evidenciada com o desenvolvimento de novos instrumentos de coleta de dados e amplos estudos populacionais e de utilização dos serviços.

Há de se observar, no entanto, que esses índices de prevalência, prevalência – vida ou incidência dos transtornos mentais em estudos populacionais, apesar de alertarem sobre a grande frequência da distribuição desses agravos de saúde pelos estratos populacionais a exemplo de outras patologias, não revelariam, ainda assim, sua real dimensão social.

Seria preciso ainda destacar sua real dimensão, de natureza mais qualitativa, que é a do impacto global – sofrimento, sobrecarga, estigma e preconceito - que esses transtornos causam na comunidade, nas famílias e na sociedade, dados pela sua precocidade, cronicidade e incapacitação.

KOHN et al. (2004), em estudo publicado pela Organização Mundial de Saúde enfatizam essa dimensão altamente incapacitante, além de sua alta prevalência.

Esses autores analisaram este alto impacto, apoiados nos estudos de Carga Global de Doença. Um desses fatores, entre outros, altamente incapacitante seria destacado pelo início precoce e cronicidade desses transtornos.

ALEGRIA et al. (2000) destacariam que apenas uma parte desta população receberia algum tipo de atenção em saúde, uma vez que, na maioria das vezes, não é reconhecida ou diagnosticada, principalmente na rede de atenção primária.

Quando recebessem atenção, o agravo já teria se instalado, dificultando seu tratamento inicial, segundo OLFSON et al. (1998). Entre as numerosas razões apontadas para este fato figurariam: o problema seria

pouco reconhecido pelos indivíduos e quando o fosse, a percepção é de que o tratamento seria pouco efetivo, ou então de que o problema resolver – se – iria sozinho, em que consistiria um desejo de seus portadores, de não procurarem ajuda, destacam FRANK e McGUIRE 1986) e KESSLER et al. (2001).

O desconhecimento sobre os transtornos mentais seria tributário do próprio estigma e preconceito que cercam esses portadores, o que agravaria ainda mais a pouca disponibilidade pessoal para a procura do tratamento segundo outros autores como JORM (2000) e LINK et al. (1997).

PELUSO (2004), em um estudo sobre a percepção pública dos transtornos mentais na cidade de São Paulo, reforçaria de como esta percepção poderia influenciar a procura de ajuda, na adesão ao tratamento, recuperação e aceitação dos indivíduos com esses transtornos, pela comunidade.

Em relação aos serviços de Atenção à Saúde, seriam destacadas ainda outras barreiras no tocante ao financiamento, à inadequação da atenção, ao acesso e à inexistência de serviços comunitários de atenção. (KESSLER et al., 1997; OMS, 2001).

Os indivíduos não só apresentariam sintomas inquietadores de seu distúrbio como também sofreriam por estarem incapacitados de participar em atividades de trabalho e lazer, muitas vezes em virtude de discriminação, além de se preocuparem com o fato de não poderem arcar com suas responsabilidades para com a família e para com os amigos temendo tornarem-se um fardo para os outros.

Segundo estimativas, uma em quatro famílias teria pelo menos um membro que sofreria atualmente um transtorno mental ou comportamental. Essas famílias ver-se-iam obrigadas a não só proporcionar apoio físico e emocional, como também arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação presentes em todas as partes do mundo.

PAI e KAPUR (1982), FADDEN et al. (1987) e WINIFIELD e HARVEY (1994) comporiam ainda mais essa imagem ao destacarem , que embora não houvesse ainda sido adequadamente estudado o ônus da atenção a um

familiar com distúrbio mental ou de comportamento, as indicações disponíveis parecem mostrar que essa carga é realmente substancial.

Os encargos que recairiam sobre a família partiriam das dificuldades econômicas às reações emocionais, às doenças, ao estresse em face de um comportamento perturbado, à instabilidade da rotina doméstica e à restrição das atividades sociais, segundo a própria OMS (WHO, 1997).

Além da carga direta, seria preciso levar em conta as oportunidades perdidas. As famílias com um membro que sofre de um transtorno mental seriam obrigadas ainda a realizarem ajustes e compromissos que impediriam outros familiares de atingir o seu pleno potencial no trabalho, nas relações sociais e no lazer, na contingência de dedicarem tempo e cuidados, muitas vezes, intensivos. As consequências econômicas seriam, portanto, inevitáveis. (GALLAGHER e MECHANIC, 1996).

É grande e multifacetado o impacto dos transtornos mentais sobre as comunidades. Há o custo da provisão de atenção, a perda de produtividade e certos problemas legais (inclusive violência) associados com alguns transtornos mentais, embora a violência seja causada muito mais frequentemente por pessoas “normais” do que por indivíduos com transtornos mentais.

Prosseguindo, o estudo da OMS (2001) destaca que:

“... o impacto econômico dos transtornos mentais é profundo, durável e enorme. Esses transtornos impõem ao indivíduo, à família e à comunidade em seu todo, uma série de custos. Parte desse ônus econômico é evidente e mensurável, enquanto outra parte é quase impossível de medir. Entre os componentes mensuráveis da carga econômica estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos provedores de atenção, os níveis de criminalidade e a segurança pública e o impacto negativo da mortalidade prematura.” (p. 24).

O mesmo estudo O estudo da OMS (2001, p. 25) ainda destacaria os custos diretos proporcionais sobre os serviços de saúde – 23,2% na Holanda - apoiando-se em Meerding et al., e chegando a 22% só com pacientes internados no Reino Unido, citando o estudo de Patel e Knapp.

Prosseguindo e apoiando-se em Chisholm et al. afirmaria ainda:

“... que os custos indiretos decorrentes da perda de produtividade responderiam por uma proporção maior ainda do total desses custos diretos da assistência. Quando os custos diretos são baixos (devido à falta daquela) os custos indiretos

se fariam ainda mais elevados ao aumentar a duração e incapacidade dos transtornos não tratados e da concomitante incapacidade” (OMS, 2001, p. 25).

Os transtornos mentais e comportamentais causam importantes distúrbios na qualidade de vida, portanto, dos indivíduos e de suas famílias.

No Brasil, apesar dos poucos estudos realizados, já se tem uma imagem sobre a sobrecarga familiar ligada aos indivíduos portadores de transtornos mentais severos.

Esses estudos procuraram demonstrar esse ônus familiar e social principalmente devido ao fato das mudanças das políticas públicas nas duas últimas décadas terem se apoiado em um amplo e rápido movimento de fechamento de leitos hospitalares - em muitas regiões, de forma heterogênea e mal planejada - sem a devida e efetiva substituição por serviços de saúde substitutivos extra-hospitalares para essa população desospitalizada e necessitada de cuidados. Portanto, esse ônus recairia de forma mais direta sobre essas famílias.

Em artigo de revisão, BANDEIRA e BARROSO (2005) apresentaram uma série de estudos que avaliaram a sobrecarga sentida pelos familiares de pacientes psiquiátricos, assim como o impacto que pudesse acarretar em sua saúde mental. A sobrecarga familiar foi analisada dentro do contexto da desinstitucionalização psiquiátrica, na qual a ênfase em serviços comunitários de saúde mental e em períodos mais curtos de hospitalização levou as famílias a se tornarem cada vez mais, as principais provedoras de cuidados e apoio aos pacientes. Seriam apontados ainda os aspectos a serem enfatizados nas políticas de saúde mental, tendo em vista essa sobrecarga.

Brody, citado por LOUGON, 2006, ao estudar as causas de internações psiquiátricas no Rio de Janeiro, destacaria a pobreza como fator relevante:

“o denominador comum é a incapacidade da família de cuidar de um membro não produtivo, que pode ser associada com um ressentimento dirigido a este fardo adicional. A ameaça real, para a qual o cuidado psiquiátrico é a cura sugerida, é a sobrevivência econômica [da unidade familiar]. (p. 111).

Mereceria destaque a preocupação, por parte do Estado Brasileiro, com os impactos econômicos dessa sobrecarga, na promulgação da c, que

instituiu o “Programa Volta para Casa” que subsidia recursos para a manutenção dos pacientes crônicos, moradores de hospitais, em suas casas, junto aos seus familiares, no curso da Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

O Programa teria o objetivo de contribuir no processo de inserção social dos pacientes de longa permanência de hospitais psiquiátricos ou dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, através do pagamento mensal do chamado “auxílio reabilitação”, no valor de R\$ 320,00 (em 2009) para os pacientes de longa permanência que receberam alta hospitalar.

O número de beneficiários contaria 3.346 indivíduos cadastrados, segundo dados do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

Existem poucas pesquisas no Brasil mostrando qual tem sido a importância que o Programa Saúde da Família, (PSF), tem proporcionado em considerações específicas de apoio aos familiares de portadores de transtornos mentais, pois, os programas de Saúde Mental ainda não se mostraram integrados nessa importante estratégia de Atenção à Saúde, surgida mais recentemente, na década de 1990.

Poderia se concluir que seria nessa integração que o apoio assistencial poderia minimizar esta sobrecarga. Esse trabalho busca contribuir para essa aproximação.

1.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.

Nos Estados Unidos, entre 1910 e 1915, os esforços para relacionar os serviços a uma população delimitada, ou à população de uma área definida, logo levariam à compreensão da necessidade de um foco de administração, que foi denominado Centro de Saúde (ANDRADE et al. ,2006).

Nas primeiras décadas do século XX, na tentativa de aproximar o trabalho para a saúde da população, as autoridades sanitárias da época

desenvolveram os conceitos de Distrito Sanitário e de Centro de Saúde que foram aplicados de várias formas por diferentes países (ROSEN, 1994).

Pode-se dizer que foi o chamado “Relatório Dawson”, publicado em 1920 no Reino Unido, que a moderna concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiria em suas formulações iniciais mais abrangentes na organização dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Tal relatório preconizaria a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. O documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre elas. Essa proposta constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Esta formulação teria sido a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado e que pudesse responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população, prossegue a mesma autora.

Segundo LAGO e CRUZ (2001), Dawson teria definido um conceito inicial para a Atenção Primária de Saúde (APS):

“O Centro de Saúde Primário é a instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes se atenderão majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos.” (p.7)

Em setembro de 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, antiga URSS, promovida pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Segundo a Declaração Oficial da Conferência, a Atenção Primária de Saúde (APS) seria fundamentalmente a assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pudessem suportar. A APS, uma vez que se constituiria no núcleo do sistema nacional de saúde,

faria parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade (WHO, 1978).

De acordo com Starfield e Vuori, citado por ANDRADE et al. (2006) poder-se-ia conceituar APS como:

“O nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros” (p. 786).

Poderia se afirmar que esse seria um modelo de atenção à saúde que organizaria, racionalizaria e direcionaria o uso de todos os recursos, tanto básicos, como os especializados, para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Sendo ademais compreendido como uma tendência mais recente, realizaria a inversão de prioridades de ações de saúde ao deslocar – se, então, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada aos outros níveis de atenção e construída coletivamente com outros profissionais de saúde, asseverariam ANDRADE et al., 2006.

Para MENDES (2002), só haveria uma APS de qualidade quando o entendimento e operacionalização do conceito da atenção primária à saúde levassem em conta seus seis princípios ordenadores: o primeiro contacto, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária apoiando-se em STARFIELD (1992).

O primeiro contacto implicaria a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procurasse atenção à saúde. A longitudinalidade requereria a existência do aporte regular de cuidados e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade exigiria não só a prestação de um conjunto de serviços que atendessem as necessidades mais comuns da população adscrita, como também vir a responsabilizar-se pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e a reconhecerem-se adequadamente os problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A

coordenação estaria implicada na capacidade de garantir e prover a continuidade da atenção, assim como o reconhecimento dos problemas que requereriam um cuidado constante. A focalização na família tornaria indispensável considerá-la como o sujeito da atenção, o que exigiria uma interação com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. Seriam todos esses, portanto, os princípios que norteariam as práticas das equipes de saúde, na perspectiva de que a orientação comunitária teria como pressuposto fundamental o reconhecimento das necessidades familiares em função de seu contexto físico, econômico, social e cultural e amparada na análise situacional de necessidades de saúde das famílias do ponto de vista da saúde coletiva.

Os trabalhos de MACINKO et al. (2003) e de MOORE et al. (2003) destacaram como os sistemas efetivos de APS têm impacto positivo nos indicadores de saúde da população além de uma influência positiva no acesso a serviços essenciais preventivos e promocionais de saúde maternal.

Estudos ecológicos internacionais associaram positivamente sistemas de assistência primários à melhores indicadores de saúde e de mortalidade infantil apresentados nessas populações, comparativamente, principalmente quando se avaliou a força de direção da assistência primária e/ou disponibilidade de profissionais de assistência primária entre as diferentes áreas geográficas, destacaram ANDRADE et al. (2006) apoiando-se em Starfield (1998); Macinko et al. (2003); Moore et al. (2003); Villalbi et al. (2003) e Shi et al. (2004) (p. 790-791).

Um rigoroso trabalho de comparação internacional entre sistemas de serviços de saúde, realizado por STARFIELD (2002), em onze países desenvolvidos, demonstrou que os sistemas orientados pela atenção primária à saúde estão associados com menores custos, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos. Nesse estudo, definiu-se um escore para a atenção primária à saúde, o qual deriva de onze características: universalidade do acesso garantida por recursos públicos; redistributividade dos recursos; existência de médicos generalistas; salários dos médicos generalistas em relação com os especialistas;

porcentual da força de trabalho médica envolvida na atenção primária à saúde; além de disponibilidade do primeiro contacto, longitudinalidade do cuidado, integralidade do cuidado, coordenação do cuidado, focalização na família e orientação comunitária. Os indicadores de níveis de saúde utilizados foram taxa de baixo peso ao nascer; mortalidade pós-neonatal; taxa de mortalidade infantil; expectativa de vida para homens e mulheres em diferentes idades; e anos potenciais de vida perdidos. Esse estudo, não apenas mostra que os sistemas de serviços de saúde organizados pela atenção primária à saúde são superiores àqueles que não dão grande importância aos serviços básicos, como aponta no sentido de que os modelos de saúde da família são superiores aos modelos do tipo convencional.

A mesma autora, STARFIELD (2000), nos adverte, estudando o sistema de serviços de saúde dos Estados Unidos -, onde, ainda, não predomina a organização pela atenção primária à saúde -, mostrou que, apesar de ser o país que mais gasta recursos no setor, seus resultados sanitários seriam pobres em relação a outros doze países ricos. Seria o último colocado nos seguintes indicadores de níveis de saúde: taxa de baixo peso ao nascer, mortalidade infantil e em anos de vida potencial perdidos; seria o 11º no ranking de mortalidade pós-neonatal. Ademais, pela sua ênfase na especialização, a terceira causa de morte no país é de natureza iatrogênica: 106.000 mortes/ano por efeitos adversos de medicamentos; 80.000 mortes/ano por infecções hospitalares; 27.000 mortes/ano por erros em hospitais; e 12.000 mortes/ano por cirurgias desnecessárias.

A Organização Mundial da Saúde tem defendido a Atenção Primária em Saúde (APS) antes mesmo da Conferência de Alma-Ata em 1978, quando adotou essa abordagem como essencial ao cumprimento da meta de “Saúde para Todos”.

A Organização Pan-Americana de Saúde - (PAHO, 2005), reconheceu a necessidade de se renovarem os conceitos da APS em 2005, adequando-a aos novos desafios epidemiológicos surgidos, corrigindo pontos fracos e inconsistências em abordagens divergentes surgidas em sua aplicação nos diversos países, de Alma-Ata até então.

Esta ideia partiria do objetivo de se revitalizar e coordenar mais eficazmente essa estratégia reconhecida crescentemente, dotando-lhe de maior sustentabilidade, no mundo todo, no combate aos desafios colocados pelos novos problemas de saúde existentes com a equidade necessária.

Existiriam diversos motivos para adotar essa abordagem renovada da APS, além daqueles já citados, que incluiriam o desenvolvimento de novas ferramentas e conhecimento de melhores práticas que a APS pudesse capitalizar de forma a tornarem-se mais eficazes, além de seu crescente reconhecimento como uma ferramenta poderosa para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde e a saúde precária de suas populações (PAHO, 2005).

Pode-se afirmar, portanto a universalidade de estudos que comprovariam uma melhor efetividade e equidade para a saúde das populações cobertas por sistemas de saúde organizados em torno da APS. No entanto diversos enfoques de APS têm sido encontrados.

VUORI (1984) elaborou uma classificação desses diversos enfoques que destacaria a: “Atenção Primária Seletiva” como uma cesta de serviços aos pobres; a “Atenção Primária/ambulatorial” que se caracterizaria mais como o nível de cuidado em um sistema de saúde; “Atenção integral” (“comprehensive care”) – Alma Ata que funcionaria mais como uma estratégia para reorganização dos serviços e da sociedade em direção à Promoção à Saúde e finalmente uma concepção mais filosófica que permearia todo o sistema de saúde e setores sociais que ele denominou de “Saúde e Direitos Humanos”.

Para MENDES (2002), algumas divergências na interpretação da APS se explicariam ademais, pela história de como se gestou e evoluiu esse conceito e pela ambiguidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais.

Esse autor destacou três interpretações principais da APS que seriam: como atenção primária seletiva; como nível primário do sistema de serviços de saúde e como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde.

Essas três decodificações seriam encontradas em vários países e, até mesmo, poderiam coexistir em um mesmo país.

A interpretação da atenção primária à saúde como atenção primária seletiva poderia ser entendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres às quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica, citando UNGER e KILLINGSWORTH (1986).

A interpretação da APS, como o nível primário do sistema de serviços de saúde, concebe-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que os orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

Finalmente, a interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde segundo MENDES (2001).

No primeiro caso, está-se diante da atenção primária como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; no segundo, como o primeiro nível de atenção do sistema de serviços de saúde; no terceiro, como uma estratégia de organização de todo o sistema de serviços de saúde.

Essa investigação trabalhará com a proposta de MENDES (2002), quando se inclina pelo conceito de entender a APS “como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde”:

“São várias as razões: é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas; e é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público em serviços de saúde que, aqui, se despende. Agregue-se a isso o fato de que o Ministério da Saúde propõe como política nacional de atenção primária à saúde a Estratégia

da Saúde da Família, denominada Programa de Saúde da Família (PSF)..." (p. 11).

RIBEIRO (2007), no entanto, ao realizar extenso trabalho enfocando a APS e os sistemas de saúde no Brasil, sob uma perspectiva histórica, enfatizaria como desafio e exigência de uma maior elucidação sobre o tema, a imprecisão conceitual da APS e seus diversos sentidos como extensão de cobertura, tecnologia simplificada, nível de atenção, cuidados primários e atenção básica apesar do enorme interesse dispensado por diversos autores no Brasil.

A noção de APS em suas diferentes elaborações, de forma quase intuitiva ainda, apreendidas por pesquisadores, profissionais e gestores, revelariam complexidades, incertezas e dificuldades para sua aplicação a "objetos específicos nos campos de estudo da saúde coletiva, em propostas políticas ou projetos assistenciais específicos, e esses, aliados aos determinantes sócio-políticos, comprometem a qualidade da atenção e dificultam a gestão e sua avaliação" (RIBEIRO, 2007, p. xiii).

Essas dificuldades recairiam ainda sobre as práticas cotidianas desenvolvidas pelas equipes de saúde ao operarem essa diversidade de concepções sobre as quais ainda não existiria consenso. Ao serem reproduzidas sobre um mesmo objeto assistencial poderiam gerar conflitos comprometendo assim a qualidade de suas ações.

1.5 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Poderia compreender-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como criada e articulada na reformulação das Políticas de Saúde Pública no Brasil mais recentes, com o advento do Sistema Único de Saúde e seus princípios norteadores.

A ESF surgiu como uma política nacional de saúde em 1994 dentro de um contexto rico de influências institucionais determinantes de sua incorporação como política prioritária do Estado brasileiro.

Para ANDRADE et al. (2006) foi a evolução do Sistema Único de Saúde com suas respectivas contradições e incertezas; as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil; o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão institucional internacional por políticas consistentes de APS que caracterizaram o contexto determinante da implantação da ESF.

Prosseguindo, ANDRADE et al. (2006) destacam que a decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi o norte inspirador da implementação da ESF nos mais diversos municípios brasileiros.

A inegável expansão de acesso da população brasileira à APS aconteceria simultaneamente a um processo continuado de readequação e refinamento da própria ESF, dinâmico e coletivamente construído nas três esferas governamentais com a participação das escolas estaduais de saúde e pelos próprios profissionais de saúde envolvidos.

RIBEIRO (2007) destacou que foi quando as proposições da APS passaram a dominar o debate das propostas de reformulação do sistema e a ter impacto nas políticas públicas de modo mais global, a ESF surgiu como uma política nacional de saúde.

Para a autora, que se apoiou em Donangelo, Mendes, Fausto e outros autores, essas diversas noções e proposições da APS foram construídas e incorporadas pelo Estado Brasileiro em suas políticas de saúde e se constituíram em formulações do sistema de saúde, seja como conteúdo das ações ou organização da produção dos serviços, a partir de inflexões historicamente determinadas, em dois grandes períodos distintos (RIBEIRO, 2007, p. 32-34).

Um primeiro período seria compreendido entre a década de 1920 a 1978, com mudanças no eixo das práticas de saúde, que se inicia primeiramente com a tentativa da integração e normatização das ações desenvolvidas por diversas instituições nos âmbitos federal, estadual e municipal. A Reforma Paula Souza, na década de 20, iniciaria mudanças nas práticas de saúde pública para além do chamado “Modelo Campanhista” predominante até então e, por outro, a criação da Previdência Social vai colocar a assistência médica individual como problema de saúde pública, iniciando a relação do Estado Brasileiro com o setor privado e a “mercantilização” dessa assistência. No final do período, no interior dos projetos assistenciais voltados para assistência primária e desenvolvidos por instituições acadêmicas ou em parceria com instituições governamentais, constituíram – se as bases do movimento de politização do campo da saúde – o movimento sanitário – que ao apontar a ineficiência das instituições públicas “dicotomizadas” (“Preventivismo ou Assistencialismo”) em ações de caráter coletivo ou assistencial, levou à proposição de reorganização das instituições públicas na forma de um sistema, encerrando-se esse período com a constituição de uma noção de APS, na Conferência de Alma-Ata.

O segundo grande período que seria compreendido entre 1979 a 1994 se iniciaria a partir das primeiras ações governamentais adaptando as ações de caráter público às diretrizes propostas pela Conferência de Alma-Ata, em contexto da crise da assistência médica com as políticas governamentais já tentando reorganizar o conjunto de serviços na forma de um sistema, integrando as redes públicas existentes, o que levou à proposição constitucional do Sistema Único de saúde (SUS). As proposições subsequentes focalizaram-se na unificação das redes e na descentralização das ações para estados e municípios, caracterizando-se, portanto, aspectos políticos e organizacionais nessas formulações. A proposição da APS só ganharia relevância no final desse período com a proposição do Programa Saúde da Família (PSF) (RIBEIRO, 2007, p. 34)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) nasceu em 1994 e chegou ao fim de 2008 com 29.300 equipes completas, sendo que 17.807 equipes

contavam com Equipe de Saúde Bucal. A ESF estava presente, como equipes completas, em 94,1% dos municípios brasileiros (5.235) e assistindo aproximadamente 93 milhões de brasileiros, representando 49,5 % da população brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a)

Destacam ANDRADE et al. (2006):

“A ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à, saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. Logo, a nosso ver, seria mais apropriado nos referirmos ao PSF como estratégia de saúde e não apenas como um programa setorial de saúde”. (p. 803)

A Estratégia de Saúde da Família seria considerada, portanto, um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária (ANDRADE et al., 2003, 2004), construída no âmbito de um sistema público e universal de saúde como modelo coletivo e seu impacto iria depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e rede de serviços de atenção à saúde mental.

A centralização da assistência na família consistiria no conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde desses e o reconhecimento da família como espaço singular; a competência cultural, que trata de reconhecer as multiplicidades de características e necessidades específicas de populações diversas, que podem estar afastadas dos serviços de saúde pelas suas peculiaridades culturais como diferenças étnicas e raciais, entre outras; e, por fim, a orientação comunitária, que abrange o entendimento de que as necessidades se relacionam ao contexto social, e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento do contexto físico, econômico e cultural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a , p. 12).

A existência da uma rede de APS permitiria a prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica e a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária, como também deveria auxiliar a condução clínica e o manejo terapêutico da demanda de

saúde especializada orientada por profissionais de saúde das outras redes assistenciais. Essa rede universal de APS, focada segundo as ambições do modelo brasileiro da ESF, possibilitaria melhor controle do desperdício de recursos de saúde ao reduzir a duplicação da oferta de serviços, permitindo uma maior estabilidade e confiança na relação entre o usuário e o sistema de saúde com melhores resultados de saúde, destacariam Hart, Belsey e Tarimo, citados por ANDRADE et al. (2006, p. 804)

Segundo SUCUPIRA (2003), a APS seria ainda uma estratégia eficaz de melhoria dos resultados de saúde em virtude do aumento do acesso aos serviços básicos, pelo impacto resultante sob a justiça social e no processo de empoderamento das comunidades-alvo.

Seria necessário, porém considerar-se ainda sua efetividade. Para cumprir esse objetivo, os sistemas de APS deveriam ser baseados em conhecimento científico acumulado, utilizando métodos sociais e culturalmente aceitos e disponíveis aos indivíduos e suas famílias nas comunidades onde residem (ANDRADE et al. 2006).

1.6 A ATENÇÃO PRIMÁRIA, A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO.

Segundo NUNES et al. (2007), em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas que se sedimentariam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase seria atribuída a existência uma rede de cuidados que compreendesse a APS, ao partir-se da ideia que um grande número de problemas em saúde mental pudesse ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde.

Essas premissas já teriam sido esboçadas, nos anos de 1970 e 1980, quando a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1975, 1984) reconheceu a magnitude dos problemas de saúde mental e teria admitido a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Dessa forma e desde essa época já teria sido preconizada a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade.

A Atenção à Saúde Mental junto à APS e alicerçada na ESF no Brasil, apesar de ser muito apregoada, só agora recentemente contou com algum apoio efetivo por parte das políticas do setor.

Isto se fez principalmente, pela sua inclusão normativa na ESF por meio do estímulo da implantação dos chamados “Núcleos de Apoio à Saúde da Família” (NASF), regulamentada e incentivada pela Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Apesar de alguns relatos de experiências de integração da Saúde Mental com as ESF, não se disporia ainda de nenhum estudo sistemático sobre a demanda de transtornos mentais nas unidades do PSF. Os profissionais designados para essas equipes não possuiriam capacitação adequada para intervir corretamente em Saúde Mental (NUNES et al., 2007).

Esta lacuna seria tributária ao fato da Política de Saúde Mental em curso no Brasil ter sido voltada especialmente, até agora, para as demandas voltadas à desospitalização, centrada contra as internações em Hospitais Psiquiátricos e na redução do número de leitos hospitalares.

Na Atenção Básica, a ênfase foi colocada, como forma de atenção substitutiva às internações hospitalares, na implantação de unidades especializadas em Saúde Mental, os chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que acabaram assumindo toda a demanda de transtornos mentais nos seus territórios de abrangência.

A consolidação do modelo assistencial dos CAPS, como uma vertente anti-hegemônica ao hospital psiquiátrico tradicional, foi muito importante para

o desenvolvimento da reforma psiquiátrica no Brasil (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Esta consolidação se deu principalmente após a promulgação da Lei nº. 10.216 da Reforma Psiquiátrica, com a publicação da Portaria nº. 336/02 e da Portaria nº. 189/92 – que atualizaram a Portaria n. 224/92 e que incorporaram os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b) que ainda teria referendado, entre outras, a incorporação da experiência acumulada em mais de dez anos de existência desses serviços às políticas desenvolvidas pelo setor, contribuiu ainda mais, para o substancial incremento dos CAPS no Brasil.

Para ONOCKO-CAMPOS e FURTADO (2006), “**Nesse contexto, os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo tomado estratégico para a reversão do modelo hospitalar**”. (pág. 1054, destaque do autor).

Acrescente-se a este fato, ainda uma baixa, insuficiente e heterogênea densidade em sua presença nos municípios brasileiros, apesar de seu incontestável progresso de implantação (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2007a).

Os CAPS implantados desde 1987, em número crescente na Atenção Básica, como Centros de Atenção Diária e Intensiva de Cuidados foram projetados inicialmente para absorverem uma demanda de pacientes mais graves, com transtornos mentais persistentes e suas equipes, assoberbadas com esta excessiva demanda, vem apresentado dificuldades subjetivas no atendimento a esta clientela, com repercussões negativas em seus resultados destacaram FRAGA (1997) e KIRSCHBAUM (2000).

ONOCKO-CAMPOS e FURTADO (2006) ainda destacariam a importância desses serviços como articuladores da rede assistencial em várias instâncias, como as de cuidados básicos (Programa Saúde da Família – PSF), ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e

reabilitação psicossocial – Serviços Residenciais Terapêuticos e trabalho protegido, apoiando-se em DELGADO et al. e FURTADO et al. No entanto, a função aglutinadora e organizadora da rede local de saúde mental requerida dos CAPS seria *“ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional”*. (destaque do autor) (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006, p. 1054).

Pode-se afirmar, portanto, a despeito das normativas desta Política em curso estimular práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa no plano concreto.

Ademais, as concepções e práticas em saúde mental por ventura existentes no nível básico de atenção à saúde nem sempre se conduziriam como o esperado por parte dos formuladores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que geraria questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de se avançar – se a reinserção social do portador de transtornos mentais, em seu cuidado efetivo e no combate ao seu processo de estigmatização social (NUNES e TORRENTÉ, 2009).

Em respeito, portanto, a esses aspectos já destacados, como a ESF poderia integrar-se no processo de implantação de Atenção em Saúde Mental na APS? Quais seriam os aspectos convergentes, na elaboração de uma imagem que contemplasse essa integração?

A configuração das práticas em saúde mental da Reforma Psiquiátrica orienta-se com base em fundamentos epistemológicos que se situam na ruptura do paradigma médico-naturalista clássico, segundo Amarante, citado por NUNES e TORRENTÉ (2009), atribuindo um novo lugar social para a loucura e, para isso, instaurando um Modelo Psicossocial de Cuidado destaca COSTA-ROSA (2000).

Para COSTA-ROSA (2000), esse novo modelo deve situar-se em contradição com o modelo antigo, asilar, em quatro parâmetros principais: na definição de “seu objeto” e dos “meios” teórico-técnicos de intervenção, nas formas da organização dos dispositivos institucionais, nas modalidades do relacionamento com os usuários e a população e nas implicações éticas dos efeitos de suas práticas em termos jurídicos, teórico-técnicos e ideológicos.

Valendo-se desses quatro parâmetros, podem identificar-se, desde o início, aspectos de confluência entre os mesmos e aqueles que regem o PSF.

Assim, no que se refere ao objeto e meios de trabalho, o Modelo Psicossocial propõe que fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam tomados como determinantes das doenças, visão ampliada da saúde como preconiza o SUS em seus princípios norteadores.

Saraceno, que definiu a reabilitação como uma estratégia, em oposição ao arsenal de técnicas e modelos clínicos de reabilitação, entende que ela é "um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social" (SARACENO, 1996). Assinala que as atividades não podem ter um fim em si próprio e que a tecnologia de reabilitação não valeria para nada.

Dessa forma, as terapias sairiam do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado, também incluído como agente fundamental do cuidado. Na instituição, a atuação seria de natureza interprofissional, superando o formato "linha de montagem" das equipes multiprofissionais clássicas.

No tocante às formas de organização da instituição, a sua organização mais horizontal, seus princípios de descentralização, a proposta de participação popular incorporando a ética, além da dimensão científica e técnica, priorizam o diálogo comunitário, com ampliação do raio de escuta para além das linhas especializadas de cuidados, na valorização da subjetividade, além dos aspectos sociais.

Há, portanto, nessas linhas gerais, uma grande identificação com os princípios da Integralidade, participação social, conceito de saúde ampliado, interdisciplinaridade, ações de base territorial que orientam simultaneamente as Ações da ESF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Pode propor – se ainda a noção de estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde no SUS como imagem-objetivo presente em ambos os modelos.

A ESF, por sua vez, serviria como importante articuladora da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e promoção da saúde mental, politizando as ações de saúde e os determinantes sociais do adoecimento e realizar práticas intersetoriais, desenvolvendo o exercício da cidadania e os mecanismos de empoderamento (PAIM, citado por NUNES e TORRENTÉ, 2009, p. 2377).

Acrescente-se nessa argumentação as características das linhas de atenção preconizadas como APS, tais como disponibilidade do primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, focalização na família e orientação comunitária, já discutidas anteriormente.

Por outro lado deveria relevar-se a importância epidemiológica da prevalência dos transtornos mentais nos serviços de APS, principalmente os TMC, sua associação com outros transtornos médicos gerais e a sua baixa identificação e manejo por equipes pouco capacitadas para tal.

Essa discussão teórica inicial procurou aportar os referenciais teóricos que permearão essa investigação no tocante às proposições relativas à APS, ESF e a integração com ações de atenção em saúde mental, enquanto “modelos assistenciais”.

Essa investigação, no entanto, requeria ainda uma abordagem, pelo menos inicial, necessária e inexistente até aqui, dos processos e de ferramentas de trabalho que poderiam conformar as práticas a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde envolvidos na execução das ações de saúde mental na ESF.

Uma proposta para a integração dos cuidados em Saúde Mental no Programa Saúde da Família tem sido o chamado “modelo de apoio matricial”.

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por CAMPOS (1999) dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços de Saúde Mental.

O mesmo autor recomenda a adoção – como norma organizativa – de um novo sistema de referência entre profissionais e usuários. O serviço de saúde seria reorganizado por meio da formação de equipes básicas de referência, de acordo com o objetivo de cada unidade de saúde, as características de cada local e a disponibilidade de recursos, obedecendo a uma composição multiprofissional, variável conforme o caso de se estar operando em atenção primária, hospital, especialidades, etc.

A clientela de um território ou de um estabelecimento seria dividida em “agrupamentos” adstritos (sob a responsabilidade) às distintas equipes de referência.

Em um centro de saúde da rede básica, por exemplo, seriam montadas as equipes de saúde da família, da criança, ou do adulto com composição específica variando em sua função e necessidade, como “equipes de referência”.

Conforme a disponibilidade, cada uma dessas equipes mínimas poderia contar com médico, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos; ou, em caso de haver um número de profissionais menor do que o número de equipes necessárias ao atendimento da população de uma região seria organizado o chamado apoio matricial de especialistas a um determinado número de equipes de referência. Assim, uma enfermeira, psicólogo ou especialista poderia supervisionar e apoiar o trabalho de quatro ou cinco equipes de referência de saúde da criança ou da família.

Cada equipe de apoio ou matricial teria sob sua responsabilidade equipes de referência multiprofissionais com dois, três, ou mais profissionais (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, infectologistas, fisioterapeutas).

Essas seriam organizadas, nesse arranjo, conforme o objetivo, a clientela e a responsabilidade de cada um desses serviços, que por sua vez teriam sob sua responsabilidade um conjunto de pacientes adscritos segundo a sua capacidade de atendimento e à gravidade dos casos.

Suas equipes de referência elaborariam os projetos terapêuticos individuais conforme cada caso e a disponibilidade de recursos, variando no

tempo a composição de recursos ofertados a cada usuário, concentração maior ou menor de atividades, conforme o risco e fase de evolução dos casos. Também nessas unidades utilizar-se – ia o apoio matricial.

Uma observação importante é a que alteraria a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente utiliza – se de um serviço matricial, nunca deixará, assim, de ser cliente da equipe de referência.

Portanto, para CAMPOS (1999), nesse sentido, não haveria encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não seriam executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continuaria com a equipe de referência.

Assim, essa matriz organizacional seria arranjada no sentido vertical, pelas equipes de referência, e no eixo horizontal contaria com a equipe matricial.

Na matriz, o atendimento médico individual poderia ser considerado uma atividade da linha horizontal. No entanto, aqueles terapeutas de referência, que fossem também médicos, poderiam os mesmos, realizar esses atendimentos individuais conforme a necessidade de sua clientela.

As possibilidades de combinação dessa matriz são inúmeras e permitiriam que a equipe explorasse ao máximo as possibilidades dos campos e núcleos de competência de todos, destaca CAMPOS et al. (1997).

Concluindo esse tópico, foram descritos os conceitos mais abrangentes que justificariam e apoiariam a introdução do componente de Saúde Mental na ESF.

Esse programa, incorporado pelos conceitos abordados que orientam a APS, foi entendido em seu sentido estratégico ou de reorganizador do Sistema de Saúde.

É dessa forma que concebemos como essa estratégia poderia contemplar os princípios da Integralidade e responder às necessidades e às demandas em Saúde Mental ao se integrarem na Atenção Primária de Saúde.

2. ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: HISTÓRIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E TRANSFORMAÇÕES.

2.1. A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DE CONHECIMENTO

As tensões surgidas no campo da Atenção em Saúde Mental sempre se fizeram notar, seja na definição de suas políticas ou, em particular, no campo da Psiquiatria – enquanto também em suas características epistemológicas - a partir de quando é criada e incorporada ao saber médico por Pinel em fins do Século XVIII.

Segundo PESSOTTI (1996), é somente no início do Século XIX, que a Psiquiatria institui-se como disciplina médica, embora as noções sobre a loucura e suas variantes já se anunciassem ao pensamento de uma medicina pré-científica ao longo dos séculos, secundariamente considerada, no entanto, no gênero amplo das doenças.

No século XVIII, o conhecimento médico nessa área seria esparso e não sistematizado, embora florescente e difundido. Nesse tempo, “derrubada a autoridade do teólogo e do inquisidor sobre o conhecimento e o ensino, a rejeição aos dogmas do passado e às formulações metafísicas a respeito do homem passa a ser uma atitude dominante nos ambientes acadêmicos, médicos ou não”. (PESSOTTI, 1996, p. 17)

O mesmo autor assevera que em suas formulações iniciais e rompidas as explicações mitológicas, teológicas e demonistas acerca da loucura, no Século XVII, o pensamento médico buscava com avidez a verdade da ciência, embora não se dispunham de critérios nosológicos unívocos para defini-la. Seria somente no final do Século XVIII, no entanto, e em particular no “*Traité Médico-Philosophique sur L’alienation*” publicada em 1804 por Pinel² que a ideia de que a essência da loucura fosse algum tipo de desarranjo de funções psíquicas ou mentais, mesmo eventualmente causado por fatores orgânicos, começaria a tornar-se um princípio explicativo no final ganhando corpo como teoria médica.

² Philippe Pinel (1745-1826), médico e alienista francês, considerado o criador da clínica psiquiátrica.

Pinel deixaria claro, de um modo geral, que a causa da loucura seria a "imoralidade", entendida como excesso ou exagero. Daí a terapia ser chamada *tratamento moral* de "afecções morais" ou "paixões morais". A loucura seria excesso, o desvio, a ser corrigida, pela mudança de costumes, mudança de hábitos (que lembra, forçosamente, a "modificação de comportamento" enquanto projeto de correção de condutas inadequadas).

Esta noção, muito clara para Pinel, configuraria o manicômio como essencial para o "tratamento moral" e seriam indistinguíveis de suas teorias, as atribuições de suas práticas assistenciais para a correção dos "desvios" e "excessos das paixões" por meio do isolamento e das mudanças dos hábitos e costumes, realizadas no ambiente oferecido pelo mesmo.

Designado como diretor de Bicêtre³ em 1793, aos 48 anos, Philippe Pinel percebeu que de nada serviria, para o projeto terapêutico e para o estudo da loucura, o sistema cruel de reclusão e contenção existente. Sua decisão de retirar as cordas, correias, algemas e correntes que prendiam os loucos, obedeceria não apenas ao ímpeto redentor da Revolução Francesa, mas à sua preocupação rigorosamente médica com a necessidade de diagnóstico e tratamento corretos da loucura, que deveriam ser guiados pela razão e pela observação dos casos em seu estado natural, sem as distorções impostas pelo desconforto e pela violência, cruel, das administrações dos velhos hospícios (PESSOTTI, 1996).

Em 1838, Esquirol, outro importante alienista francês e o seguidor mais importante de Pinel, publicariam "*Des Maladies Mentales*", na qual reforçaria o papel central de "instrumento de cura" exercido pelas instituições manicomiais:

"O internamento de um louco deve tender a dar nova direção às suas ideias e aos seus afetos e a impedir qualquer desordem, qualquer distúrbio do qual ele possa ser a causa, e para impedir o mal que ele pode fazer a si mesmo e aos

³ **Bicêtre:** Hospital localizado em Le Kremlin-Bicêtre, nos subúrbios ao sul de Paris, França. Originalmente planejado como hospital militar sua construção começou em 1634 e incorporado pelo Hôpital Général em 1656. Em 1823 foi chamado de *Hospice de la Vieillesse Hommes*. Em 1885 foi renomeado *Hospice de Bicêtre*. Chegou a ser utilizado como orfanato, prisão, asilo para doentes mentais e hospital.

outros, se for deixado em liberdade. Assegurando-lhe novas impressões, livrando-o de seus hábitos e mudando seu modo de vida, chega-se àquilo que se destina o isolamento". (Esquirol, apud PESSOTI 1996, p.135).

E prosseguindo em outro trecho do livro:

"O projeto de um hospício de alienados não é, de modo algum, uma coisa indiferente e que se pode confiar apenas aos arquitetos; o objetivo de um hospital ordinário é tornar mais fáceis e mais econômicos os cuidados dedicados aos indigentes doentes. Um hospital de alienados é um instrumento de cura [...]" (Esquirol, apud PESSOTI, 1996, p. 168).

Assim, para aquele que "era despojado de razão" voltaram-se os alienistas, iniciando um diálogo por meio do chamado "tratamento moral", que transformaria o hospital dos alienados em um próprio instrumento de cura.

Pode – se tomar essas concepções fundadoras iniciais da Psiquiatria em sua "acepção positiva", positivista mesmo. Partir-se-ia aqui da premissa de que, na perspectiva da abordagem da loucura, a Psiquiatria estaria inaugurando "um campo de saber", ao iniciar um diálogo – revolucionário, na época - com o insensato, considerando que o mesmo não houvesse perdido a razão. Portanto, nas origens da psiquiatria moderna repousaria a conquista de um território novo para a civilização: a "realidade psíquica", o "mental" com leis próprias de funcionamento e desdobrando-se em seus desenvolvimentos posteriores.

Portanto, é com Pinel e Esquirol, seu principal seguidor, que se dá início, na França revolucionária e no alvorecer do Século XIX, com indubitável otimismo e confiança na ciência e no progresso, a construção teórica da Psiquiatria, ao converter a investigação empírica, proveniente de Bacon e Condillac, na clínica, que estabeleceu as bases para essa construção. (DESVIAT, 1999).

Essa noção inicial, fundadora e positivista – na acepção de uma "possível neutralidade científica" -, seria bastante questionada por Foucault em "História da Loucura" FOUCAULT (2002), ou seja, na existência natural do "louco" como objeto de percepção natural para a fundação de uma ciência do saber.

Em sua análise, desenvolvida em sua tese de doutorado, defendida em maio de 1961 e publicada pela primeira vez, alguns meses depois, com o

seu título original, "Loucura e desrazão: História da Loucura na Idade Clássica", mais conhecida com o título de "História da Loucura", coloca o nascimento da Psiquiatria sob o signo já da "exclusão" no contexto histórico europeu do Século XVII período que considerou como o "do grande internamento" (p. 45-109), questionando, portanto, a legitimidade do objeto do saber, já que esse não se apresentava em suas condições naturais.

Destaca:

"De fato, semelhante análise pressuporia a persistência imóvel de uma loucura já dotada de seu eterno equipamento psicológico, mas cuja verdade exigiria um longo tempo para ser isolada. Ignorada há séculos, ou pelo menos mal conhecida, a era clássica teria começado a apreendê-la de modo obscuro como desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado. E aos poucos esta primeira percepção se teria organizado, e finalmente aperfeiçoado, numa consciência médica que teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade". (FOUCAULT, 2002, p. 80).

Para Foucault, nesse caso, seria necessária a elucidação desta forma oculta que se escondeu no discurso da positividade do conhecimento em relação à loucura, a ser realizada por uma "ortogênese":

"Seria necessário, assim, supor uma espécie de ortogênese que fosse da experiência social ao conhecimento científico, progredindo surdamente da consciência de grupo à ciência positiva, sendo aquela apenas a forma oculta desta, e como que seu vocabulário balbuciente. A experiência social, conhecimento aproximado, seria da mesma natureza que o próprio conhecimento, e já a caminho de sua perfeição. Por essa mesma razão, o objeto do saber lhe preexiste, dado que já era ele que era apreendido, antes de ser rigorosamente delimitado por uma ciência positiva: em sua solidez intemporal, ele permanece abrigado da história, retirado numa verdade que continua em estado de vigília até o despertar total da positividade". (FOUCAULT, 2002 p. 80).

Foucault voltar-se-ia para a maneira pela quais as práticas sociais pudessem chegar a engendrar domínios de saber, os quais não somente fariam aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também engendrariam formas totalmente novas de sujeitos, de sujeitos de conhecimento e de verdade, que teriam, portanto, uma história – e suas formas não seriam definitivas. Por essa razão, ele tentou "mostrar como se pôde formar, no século XIX, certo saber do homem, da individualidade, do indivíduo normal ou anormal, dentro ou fora da regra, saber esse que, na verdade, teria nascido das práticas sociais, do controle e da vigilância" (Foucault, apud PORTOCARRERO, 2002, p. 25).

Para Foucault o que é importante em sua análise, é que a Psiquiatria delimita sua objetividade epistemológica em um domínio já afetado pelos valores negativos do banimento, portanto histórico e construído socialmente: “Não é importante para nossa cultura que o desatino só tenha podido tornar-se objeto de conhecimento na medida em que foi, preliminarmente, objeto de excomunhão?” (FOUCAULT, 2002, p. 105).

E ainda:

“Mais ainda: se ele indica o movimento pelo qual a razão se distancia do desatino e se liberta de seu velho parentesco com este, o internamento manifesta também a sujeição do desatino à coisa bem diferente da apreensão pelo conhecimento. Ele o sujeita a toda uma rede de obscuras cumplicidades. É esta sujeição que vai atribuir lentamente ao desatino o rosto concreto e indefinidamente cúmplice da loucura tal como o conhecemos agora em nossa experiência. Entre os muros do internamento encontravam-se misturados os doentes venéreos, devassos, pretensas feiticeiras, alquimistas, libertinos - e também, vamos vê-los, os insanos”. (FOUCAULT, 2002, p. 105).

O gesto “mítico” de Pinel, ao libertar os insanos de seus grilhões, em Bicêtre e posteriormente em Salpêtrière, outro hospício de Paris, fundando a Psiquiatria tal como conhecida hoje, ou seja, em sua acepção positivista e descrita desta forma para muitos autores, seria reinterpretado por Foucault:

“É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá - não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado”. A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural.” (FOUCAULT, 2002, p.48).

Analisando e contextualizando historicamente o tema do nascimento da Psiquiatria sob a égide das concepções e raízes da modernidade, principalmente a do triunfo da universalidade sobre a individualização (em seu sentido grego) e suas consequências na reivindicação da liberdade como predicado ou direito comum a todos os homens, BEZERRA (1992), coloca a nascente Psiquiatria diante de um dilema, ao aderir a este ideário revolucionário:

“Ao fundar-se numa descrição racionalista e universal do ser humano, é levada a postular uma natureza comum (a razão) a todos os homens. Por outro lado o peso normativo desse fundamento traz como consequência uma impossibilidade de pensar a experiência da loucura fora da oposição razão/desrazão, que desemboca em outra: inclusão/exclusão. A interpretação da significação histórica desse fato não é consensual” [...]. BEZERRA, 1992, p. 118).

FREITAS (2004) destacou as oposições e críticas que Foucault recebeu em sua análise, marcadamente aquela que fundaria a criação da categoria de doença mental com uma marca congênita, o movimento de exclusão e na qual a psiquiatria teria oferecido uma solução racional ao dilema da sociedade burguesa emergente, conciliando os preceitos de liberdade e igualdade com os processos reais de exclusão – os loucos não seriam iguais, nem livres; seriam *aliens*, alienados. Entre estas críticas, destacou as de DERRIDA (p. 81) e SWAIN e GAUCHET (p. 85).

A de Derrida, contida em seu “Cogito et histoire de la folie”, afirmaria que Foucault teria interpretado o silêncio de Descartes – em sua primeira Meditação - sobre a loucura, como o signo de uma exterioridade absoluta entre esta e a razão, mas que este silêncio apenas prepararia a retomada da questão da loucura na segunda Meditação, em que Descartes tentaria demonstrar que o “cogito sum” permaneceria verdadeiro mesmo “ou seja, se estou enlouquecido” – existiria mesmo assim um valor e um sentido do cogito como existência que escapariam à alternativa de uma loucura e de uma razão determinadas (BEZERRA, 1992, p. 119; FREITAS, 2004, p. 81).

Em outra crítica, SWAIN e GAUCHET (apud FREITAS, 2004, p. 85; BEZERRA, 1992, p. 119) teriam centradas suas diferenças com Foucault, em torno do impacto provocado pela lógica democrática nas sociedades modernas. Não haveria nenhuma tolerância demonstrável ou respeito à diferença e à singularidade do louco no sentido social da loucura na era pré-moderna, como esse afirmou, e sim o fato de que nessas sociedades, hierarquizadas e não igualitárias, a diferença não constituiria de fato nenhum problema. (BEZERRA, 1992).

Seria apenas com o advento da modernidade democrática e seus ideais igualitários, que o louco passaria a incomodar mais, na medida em que se transforma em semelhante com o qual seria preciso comunicar-se e a quem se necessita prestar-lhe cuidado e atenção e não como uma forma de alteridade radical insuportável para uma razão universal vitoriosa.

E ainda mais, no tocante ao tratamento moral e discordando do sentido que Foucault lhe dá – como uma forma nova, mais suave e insidiosa

de exclusão – esses autores consideram-no sim, um reconhecimento e a possibilidade de comunicação com o louco a despeito de suas perturbações, mesmo como “sujeito de sua loucura” e não se ausentando de sua forma humana. E apoiaram – se ainda em Hegel, que em sua “Fenomenologia do Espírito” fez menção ao mérito de Pinel “haver descoberto este resto de razão nos alienados e nos maníacos e haver descoberto esse resto como contendo o princípio de sua cura”, inscrevendo, portanto, a loucura em um momento provisório, sempre sobre um fundo de razão e, portanto de humanidade.

Para esses autores, o manicômio não se inscreveria apenas na ordem da exclusão – como afirma Foucault – mas refletiria a utopia igualitária dos revolucionários e a noção de que a sociedade e o ambiente modelariam o homem. Essa noção teria sido apropriada adequadamente por Esquirol ao privilegiar o espaço manicomial como terapêutico, onde a hierarquia, a arquitetura e a disciplina pudessem servir ao objetivo de resgatar para uma igualdade de fato aqueles que somente a possuíam como direito (BEZERRA, 1992)

Não figura entre os objetivos deste trabalho o aprofundamento do tema epistemológico aqui delineado acerca dos transtornos mentais e sua “objetividade científica”.

Esse tema foi considerado apenas na medida em que alguns conceitos, entre esses, os de Foucault foram tomados por outros autores, ideólogos e militantes de movimentos sociais que nas últimas décadas influenciaram sobremaneira as políticas públicas de Atenção à Saúde Mental no Brasil e no mundo, denominadas generalizadamente como “Reforma Psiquiátrica”, questionando o “saber psiquiátrico”, assunto que voltará a ser discutido no âmbito dessa investigação.

2.2 AS PRÁTICAS E PARADIGMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL - TRANSFORMAÇÕES INICIAIS. DO “ALIENISMO” AO CAMPO SOCIAL.

Na França, onde nasce a Psiquiatria, bem como em toda a Europa, havia asilos para alienados, já muito antes da Revolução de 1789. Nessas instituições, os internados eram cuidados por religiosos, alguns até com certo conhecimento médico, mas não se praticava um tratamento médico da alienação. Só foi a partir de Pinel, que esses se constituíram nos manicômios.

FOUCAULT (2002) refere que a tradição de se recolherem os alienados em locais destinados exclusivamente ao seu abrigo teria sua origem na cultura árabe. Assim, já em Fez no século VII, Bagdá por volta do fim do século XI e no Cairo no século seguinte; neles seria praticada uma espécie de cura da alma na qual intervêm a música, a dança, os espetáculos e a audição de narrativas fabulosas.

Segundo DESVIAT (1999), o “enclausuramento” de mendigos, desempregados e pessoas sem teto, em asilos, foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocada na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Um “enclausuramento”, na intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo elevado número - 8.000 - de pessoas hospitalizadas, só em Salpêtrière - uma das instituições que compunham o Hospital Geral de Paris - reservada às mulheres pobres e mendigas aleijadas e doentes incuráveis, velhas e meninas, idiotas e loucas - poucos anos depois de sua inauguração, na época em que aquela cidade contava com 500 mil habitantes.

Para o mesmo autor, a nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de assistência. Com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil

tinha que refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade. O grande enclausuramento descrito por Foucault, símbolo eloquente do absolutismo, tinha que ser abolido. Suprimidas as “lettres de cachet” - ordens reais que permitiam, com autorização governamental, a internação de qualquer pessoa incômoda nas bastilhas do Antigo Regime -, o alienado já não podia ser enclausurado. Daí por diante, a reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como algo terapêutico e indispensável.

Apesar do otimismo inicial dos primeiros alienistas franceses, o chamado tratamento moral começou a ser questionado por outros alienistas que continuaram investigando as bases orgânicas dos transtornos mentais. Assim, Bayle, já em 1822, descreveria as lesões cerebrais da paralisia geral progressiva. Tal descoberta viria a referendar a hipótese de uma origem lesional e cerebral da alienação mental, o que, para a anatomopatologia, torna-se uma regra possível de ser estendida a todos os tipos de alienação, obviamente colocando em xeque as bases não orgânicas do tratamento moral. Por outro lado, a massificação dos asilos produziu-se em pouco tempo. Em meados do século XIX, os alienistas franceses começaram a se perguntar como era possível o tratamento moral - um tratamento que se pretendia psicológico e individualizado - quando a cada médico caberiam de 400 a 500 pacientes. No entanto, com a vitória das teses de Bayle, triunfaram a lesão, a organicidade e a noção de incurabilidade dos transtornos mentais, destacaram DESVIAT (1999) e AMARANTE (1996).

Mas se existe o fato do tratamento moral perder importância, por sua vez, a anatomopatologia e a Medicina clínica também não encontrariam ainda meios mais adequados para o tratamento da alienação, o que significa que o primeiro, embora com limitações, continuaria sendo amplamente adotado.

Portanto, teria sido a própria evolução epistemológica da Psiquiatria, ao propor as primeiras mudanças de predomínio de suas concepções etiológicas e influenciando os sistemas classificatórios iniciais nosográficos de Pinel e Esquirol, refletiu-se em suas próprias práticas de cuidados.

Para PORTOCARRERO (2002) a passagem do método semiológico de classificação (Pinel) para uma classificação de acordo com a etiologia,

ligando a ideia de elemento subjacente e a evolução da doença mental a uma causa objetiva vai se realizar a partir da concepção de degenerescência de Morel⁴, exposta no “*Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*”, publicado em 1857, destinado a demonstrar a origem e a formação das variedades doentias da espécie humana.

Segundo Morel,

“é impossível separar o estudo da patogenia dos transtornos mentais do estudo das causas que produzem as degenerescências fixas e permanentes, cuja presença, no meio da parte sã da população, é um perigo incessante” (Morel apud PORTOCARRERO, 2002, p. 47).

Para ele, a Psiquiatria deveria agir por meio de uma profilaxia preventiva que combatesse as causas da doença e prevenisse seus efeitos, tentando modificar as condições intelectuais, físicas e morais daqueles que, devido a razões diversas “foram separados do resto dos homens” (Morel, citado por PORTOCARRERO, 2002, p. 47).

As degenerescências seriam desvios doentios do tipo normal da humanidade, transmitidos hereditariamente. Elas poderiam ter causas diversas e quando instalada, a doença seguiria seu curso e seria transmitida a seus descendentes, até a extinção da linhagem.

O programa de profilaxia estudado por Morel abrange a higiene física e moral e dirige-se igualmente ao conjunto social:

“Concebemos que o objetivo a ser atingido na aplicação dos meios terapêuticos e higiênicos está singularmente ampliado. Com efeito, nós não estamos mais diante de um homem isolado, mas em presença de uma sociedade, e a potência dos meios da ação deverá estar em relação com a importância do objetivo”. (Morel, citado por PORTOCARRERO, 2002, p. 47)

Para CASTEL (1978), a questão prática, que colocaria em causa a concepção tradicional do tratamento moral, pelas ideias de Morel, marcou o alargamento da definição da doença mental, e essa definição mais ampliada em sua etiologia acabaria reforçando alterações nas práticas, ampliando o

⁴ Bénédicte Augustin Morel (1809 – 1873) : Psiquiatra franco-austriaco, educado na França, que postulou a “Teoria da Degenerescência” a partir da publicação de sua obra em 1857

alcance do “tratamento moral”, para uma espécie de “moralização das massas” e vinculando mais ainda a “alienação mental à Medicina”. (CASTEL, 1978, p. 262)

Tratando-se de uma fatalidade, a alienação mental, enquanto degenerescência, não poderia ser tratada e como prevenção ao surgimento de novos degenerados, o tratamento moral deveria ultrapassar a sua fase primitiva, individualizada, árdua e de poucos resultados, para tornar-se uma profilaxia ampliada socialmente, em oposição ao que a sociedade vem praticando até aqui, que seria a profilaxia defensiva, isto é, o isolamento e a prática asilar aos indivíduos portadores de alienação mental. Portanto a atuação do alienismo não se verificaria apenas no interior dos asilos e poderia se estender para o meio social e político ao consolidar essa noção de prevenção.

Se Pinel, Esquirol, Morel, Magnan e outros - que compuseram a “Psiquiatria Alienista” Francesa do Século XIX - foram os que exerceram enormes influências nos primórdios da Psiquiatria, seria, no entanto, a Psiquiatria Germânica, agora já, no final do Século XIX que iria realmente constituir a conformação científica atual da Psiquiatria.

Para AMARANTE (1996) é por intermédio de Magnan que a teoria das degenerescências chega à Alemanha onde, inicialmente com Griesinger, Krafft-Ebing e Kahlbaum, alcançaria o período de seu maior prestígio. Se for verdade que este prestígio encontrou limites com o surgimento da noção de unidades nosológicas de Kraepelin, que passa a se opor ao conceito de degeneração seria também verdade que a teoria de Morel está na base da condição de possibilidade epistêmica do sistema de Kraepelin.

Além disso, ao ratificar esta epistemologia anatomopatológica na etiologia e evolução dos quadros clínicos incorporando-as em suas unidades nosológicas, o adoecer psíquico foi deslocado para uma concepção natural de causalidade, inscrevendo e aproximando a Psiquiatria aos preceitos da Medicina – uma “Medicina Mental”.

Para Porter (apud CHAVES, 2005, p. 15), ao contrário dos ingleses e franceses, os psiquiatras universitários alemães não participavam

efetivamente da vida dos pacientes internados nos asilos. Seu papel era de orientar os tratamentos e entender cientificamente as doenças por meio de observações sistemáticas, experiências e dissecações. Com base na investigação científica, os alemães desenvolveram uma psiquiatria mais rigorosa, ligada à neurologia e à neuropatologia.

A Psiquiatria alemã tinha como característica básica a atividade médica de pesquisa e a associação com as universidades. Um dos principais expoentes da Psiquiatria estudada em universidades foi Wilhelm Griesinger, que acreditava serem os transtornos mentais originários do cérebro, conforme indicavam os estudos fisiológicos da época.

Kraepelin, ao fundar o princípio nosológico-clínico, que é o “eixo em torno do qual se acha edificada a totalidade da atual sistemática psiquiátrica, é considerado por muitos autores o grande criador da Psiquiatria Científica moderna”, segundo KAPLAN E SADOCK (1984).

KAPLAN E SADOCK (1984) destacaram o mérito de Kraepelin ao fundar uma sistemática nosológica (ao substituir a nosografia anterior), distinguir as alienações endógenas das exógenas, introduzir o conceito de demência precoce e adotar uma classificação que vai da sintomatologia ao curso e à sua determinação biológica apontando, portanto, o caminho definitivo das investigações nas quais a Psiquiatria se ocuparia desde então.

ANTUNES (1998) discutiu esses movimentos do século XIX, apoiando-se em BIRMAN (1978), quando aproximou as teorias alienistas da causalidade social e moral, por terem se constituído num mesmo momento prevenção e cura, já que o tratamento moral teria um aspecto notadamente coletivo no asilo quando em sua cura o doente deveria reincorporar as leis e regimes sociais perdidos em seu mundo ilusório, podendo tratar-se então de certa “higiene social moral”.

Todos esses novos desenvolvimentos começam a esboçar, de uma forma mais abrangente e consistente, a passagem de uma prática psiquiátrica, mais “alienista” e “asilar” do século XIX, para uma prática ampliada para o meio social.

Esta passagem teria sido mediada pela incorporação da concepção de anormalidade, descrita por Kraepelin na virada do Século XIX, como uma categoria médica centrada agora na psicopatologia, constituindo-se como um importante campo de pesquisa e de argumentação para o saber psiquiátrico, incluindo-se então aí todo o comportamento humano e seus desviantes, com inegável alcance social, segundo PORTOCARRERO (2002).

A Saúde Mental passaria a ser estudada no contexto social. A teoria da degenerescência e o atavismo abrem o discurso da Psiquiatria para um novo campo de pesquisa: os degenerados de toda espécie, mesmo não alienados, para os quais, dever-se-ia montar um amplo sistema assistencial. A teoria psiquiátrica se alarga, lançando-se ao mesmo tempo no saber da Medicina geral, devido a suas tendências organicistas, e no saber sociogenético, ao estabelecer novos fundamentos para a relação entre doença mental e sociedade: a Saúde Mental se torna "um problema que concerne ao estudo dos fatores de desenvolvimento físico e intelectual das raças" (Moreira apud PORTOCARRERO, 2002, p. 52).

Por outro lado, é dentro da própria Psiquiatria que irão se observando novos desenvolvimentos científicos, enquanto disciplina médica.

Assim, segundo Andreasen e Black (citado por CHAVES, 2005. p. 17), entre o início e meados do século XX uma série de desenvolvimentos em disciplinas como neurofarmacologia, neuroquímica, biologia molecular, por exemplo, tornaram possíveis estudos mais detalhados do cérebro humano. A disponibilidade de técnicas modernas para estudar o sistema nervoso aumentou as conexões entre a Psiquiatria e a neurociência. Na Psiquiatria, a farmacologia passou a ser uma das principais formas de tratamento para alguns transtornos mentais.

No início do século XX, a Medicina desenvolveu uma série de técnicas - produtos e procedimentos - para o tratamento dos transtornos mentais, algumas com sucesso relativo e outras consideradas como verdadeiros fracassos.

Reafirmou-se nesse tópico que todas essas acomodações paradigmáticas da Psiquiatria, do "alienismo" de Pinel ao "cientificismo de

Kraepelin”, induziram movimentos que influenciaram suas práticas com repercussões importantes na incorporação de novas roupagens e tecnologias para o campo social.

2.3 AS REFORMAS NAS PRATICAS – DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO PARA A COMUNIDADE

Destacam BANDEIRA et al. (1994) que em vários países ocidentais tem ocorrido, nos últimos quarenta anos, uma mudança na política de saúde mental, que passou de serviços psiquiátricos centrados no hospital psiquiátrico ou asilo para uma Psiquiatria baseada em serviços comunitários.

Contribuíram para esta mudança fatores tais como os avanços dos produtos psicofarmacológicos, o alto custo dos hospitais psiquiátricos públicos, o reconhecimento dos efeitos negativos na institucionalização, os movimentos sociais e de direitos humanos, entre outros fatores (SCHEPPER-HUGHES, 1988; LOSSON e PARRATE, 1988; TANSELLA, 1991).

PORTER (2002) atribui também às modificações introduzidas na Atenção à Saúde Mental, a colaboração que os próprios desenvolvimentos científicos da Psiquiatria do Século XX trouxeram.

Assim, os medicamentos introduzidos a partir de 1950 foram os principais responsáveis pela liberação de grande número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Na Inglaterra havia cerca de 150.000 pacientes internados em 1950. Esse número caiu para 30.000 em 1980 (PORTER, 2002). Por outro lado, houve crescimento expressivo no Ocidente das chamadas condições psiquiátricas e, simultaneamente, ampliação e diversificação de terapias alternativas para tratar os problemas mentais, como sessões em grupo, terapia familiar, etc. "Psicologia clínica e terapia cognitiva nasceram e floresceram" (PORTER, 2002, p.212). A forma de tratar os transtornos mentais mudou razoavelmente, em especial para a parcela da

população cujo nível de renda lhe permitia acesso às novas modalidades terapêuticas.

Outros autores corroboraram essas afirmações. O surgimento de medicamentos efetivos para os transtornos mentais graves seria considerado um fator importante para diminuir a necessidade e duração das internações psiquiátricas. Apesar desse peso, a mudança do modelo de tratamento seria questionada por outras interpretações. Seria inegável o otimismo gerado com a chegada desses e outros tratamentos que se desenvolveram e introduziram a ideia de que o Hospital Psiquiátrico - como asilo e manicômio - deveria não representar mais o centro do sistema de políticas dirigidas a esse setor. Esses novos modelos ofereceriam alternativas ao sistema asilar e ao Hospital Psiquiátrico, dentro e fora desse, destacando-se, entre outros, a higiene mental e a psiquiatria militar nos EUA, as comunidades terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria de Setor na França (THORNICROFT e TANSELLA, 2006; GROB, 2008).

Para DESVIAT (1999), embora as críticas à eficácia do asilo já repercutissem há muito, foi depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, do grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por caminhos diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido.

O “New Deal”⁵ norte-americano e a revolta contra as instituições, que atingiu seu ponto máximo no questionamento sem precedentes da ordem social contemporânea do maio francês de 1968, influíram decisivamente na ruptura do paradigma psiquiátrico, construído ao longo do século XIX, do consenso “kraepeliniano” para um curso irreversível da doença mental e do manicômio. Junto com essa vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre, igualitária e solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a

⁵ “New Deal”: O New Deal (cuja tradução literal em português seria “novo acordo” ou “novo trato”) foi o nome dado à série de programas implementados nos Estados Unidos entre 1933 e 1937, sob o governo do Presidente Franklin Delano Roosevelt, com o objetivo de recuperar e reformar a economia norte-americana, e assistir aos prejudicados pela Grande Depressão

adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da Psiquiatria foram elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, desde a desinstitucionalização norte-americana até a política de setor francesa.

Para LOUGON (2006), a partir dos anos 49/50 do século XX, iniciou-se na Europa e nos EUA um processo de modernização da assistência psiquiátrica que buscava evitar novas internações em hospitais psiquiátricos, fornecer tratamento em ambientes menos restritivos e também reduzir o custo da assistência. Esse processo foi esse estudado sob o título geral de desinstitucionalização da assistência em saúde mental, e sua vertente brasileira, bem mais recente, foi denominada Reforma Psiquiátrica.

O mesmo autor prefere, entre outros, apoiar-se no conceito de Bachrach ao dirigir – se à referida desinstitucionalização como “redução do número de pacientes em regime de internação hospitalar, com aumento da assistência fornecida por serviços comunitários, além da descentralização e fragmentação do centro de decisão ou autoridade” (p. 142)

As características sociopolíticas de cada país - e, mais concretamente, de seu sistema sanitário -, juntamente com o papel outorgado ao manicômio, iriam diferenciar os diversos movimentos de reforma da assistência psiquiátrica. O tipo de sistema sanitário, sua forma de organização e seu grau de cobertura condicionaram o modelo adotado de atendimento de saúde e, portanto, dos serviços de saúde mental, destaca DESVIAT (1999).

Será necessário, nesse momento do trabalho, deslocar o foco desses movimentos mais universais - sob uma visão mais política e social – que repercutiram e configuraram o atual modelo da assistência psiquiátrica no Brasil.

2.4 BRASIL – DA ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Segundo RAIMUNDO e DALGALARRONDO (2005) os 'Asilos', 'Hospícios' ou 'Hospitais' eram locais de hospedagem para aqueles que dependiam da caridade: os órfãos, os recém-nascidos abandonados (chamados 'expostos'), os 'mendigos', os "morféticos" e os "loucos". Sua principal intenção era dar aos necessitados um abrigo, alimentos e cuidados religiosos e a presença médica era quase inexistente. Os estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres, portanto, surgiram quase sempre como estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia, bem antes que a Psiquiatria existisse como prática médica especializada.

A confraria leiga católica 'Irmandade da Misericórdia', uma herança cultural típica dos territórios de colonização portuguesa, esteve presente nas principais cidades brasileiras desde o século XVI (RUSSELL-WOOD, 1981). Embora inicialmente nem todas as Irmandades brasileiras mantivessem hospitais de caridade, com o passar do tempo, uma de suas principais atribuições tornou-se o denominado "cuidado curativo dos pobres" (MESGRAVIS, 1976), que se estendeu aos alienados a partir da segunda metade do século XIX. A partir daí, nesse caso, todas as associações religiosas estariam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais e a eles prestavam contas do funcionamento dos "estabelecimentos pios" que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas; em contrapartida, dos governos recebiam subvenções.

Para RESENDE (1987), ao utilizar-se de um recorte metodológico semelhante ao de Foucault, as circunstâncias que determinaram a emergência do louco visto como problema social e que trouxeram consigo a necessidade de instituições para seu controle, no Brasil do século XIX e na Europa no século XVI, foram, guardadas as peculiaridades locais e a defasagem no tempo, bastante semelhantes entre si.

Ressalvando algumas diferenças, no Brasil o doente mental faria sua aparição na cena das cidades, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, - tradicionalmente pouco discriminadora para com a diferença - diferentemente, portanto, do que havia se observado na Europa, mas igualmente em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social. Não seriam aquelas condições classicamente invocadas como determinantes, a partir de um corte, no qual o insano tornou - se um problema - a industrialização, a urbanização maciça e suas consequências - e que levaram muitos autores do século passado a admitir a doença mental como corolário inevitável do progresso, mas a circulação de doentes pelas cidades já pedia providências das autoridades, no Brasil.

Para MACHADO (1978, p. 375-376), o que já havia sido, várias vezes, mencionado com relação a outros países evidenciaria - se com mais forte razão no Brasil:

“a Psiquiatria não seria uma disciplina teórica e uma técnica terapêutica que sempre existiram. Um saber de tipo médico sobre a loucura, que a considera como doença mental e uma prática com a finalidade de a curar , por um tratamento físico-moral, só se constituem em determinado momento da história”.

Com a determinação de D. Pedro II, em 1841, de criar no Rio de Janeiro, aquele que teria sido o primeiro hospital de doentes mentais assinalou-se o marco institucional do início do desenvolvimento da Psiquiatria no Brasil.

Para aquele autor, só seria, portanto, possível compreender o nascimento da Psiquiatria brasileira a partir da “Medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações”. Seria no seio da Medicina social que se constituiria a Psiquiatria. Do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela Medicina, que explicitamente se denominou política, teria surgido o projeto - característico da Psiquiatria - de se “patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, abordado a partir dessa perspectiva” MACHADO (1978, p. 375-376)

Além do Hospício de Alienados Pedro II, durante o Segundo Reinado foram ainda criadas instituições que se denominavam "exclusivas para alienados" em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará.

Foram eles: em São Paulo, 1852 – o Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João); Pernambuco, 1864 – o Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da visitação de Santa Isabel); Pará, 1873 – o Hospício Provisório de Alienados (Belém, próximo ao Hospício dos Lázaros); Bahia, 1874 – o Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador); Rio Grande do Sul – o Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre); Ceará – o Asilo de Alienados de São Vicente de Paulo, (Fortaleza), destacam RAIMUNDO E DALGALARRONDO (2005).

BASTOS (2007) destacou alguns fatos da época, como o de que, os alienistas praticavam uma Neuropsiquiatria, de inspiração nitidamente francesa, baseada nas obras de Pinel, Esquirol, Magnan, Chaslin, Babinski, Pitres e Régis. Os regulamentos dos hospícios de alienados seguiam as orientações pinelianas: a busca da razão e a luta contra a "desrazão".

Seria após Juliano Moreira assumir a direção do Hospício Nacional de Alienados, que a influência germânica instalou-se no país. Seriam conhecidos, a partir de então, os trabalhos de Griesinger, Bonhoeffer, Birnbaum, Kraepelin, Lange e muitos outros.

O mesmo autor refere que Nina Rodrigues foi o primeiro alienista a estagiar no exterior, e Teixeira Brandão, o primeiro professor de Psiquiatria a ser admitido por concurso público, em 1883, no Rio de Janeiro. O ensino oficial de Psiquiatria no país começou quase simultaneamente no Rio de Janeiro com Nuno de Andrade, em 1881, com Teixeira Brandão, em 1883 e na Bahia, em 1886, com Demétrio Tourinho e Augusto Maia.

LOUGON (2006, p. 51-57) apresentou de maneira sucinta e resumida os principais fatos e períodos destacados da história da assistência e da psiquiatria brasileira, ressaltando as limitações de seu método, no qual considera haver certo risco:

•1830 -1852: Período em que a assistência aos doentes mentais seria prestada em hospitais gerais e em asilos religiosos. Teria se iniciado a partir da primeira reivindicação originada na instituição médica (Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro) pela criação de um hospital destinado exclusivamente aos doentes mentais, logrando o início da construção do Hospício de Pedro II em 1841 e efetivamente inaugurado em 08/ 12/1852.

•1852-1890: Período que se iniciaria na inauguração do Hospício de Pedro II no princípio do II Império (1852), sob ainda direção leiga e religiosa, e que terminou com a criação da Assistência Médico-Legal a Alienados (AMLA), no início da República (1890), submetida agora à direção médica. O Estado Republicano assumiria os encargos da assistência aos doentes mentais, avocando a si atribuições antes preenchidas por instituições religiosas e filantrópicas. Constitui-se o início da construção um “saber psiquiátrico brasileiro por médicos que se especializariam na Europa e passariam a exercer apenas a Psiquiatria, com o poder de administrar a assistência aos doentes mental, antes ocupada por leigos ou médicos não psiquiatras”.

•1890-1954 - O período, que se iniciaria com a constituição da assistência pública, aos doentes mentais como dever do Estado e delegado ao psiquiatra como seu agente social autorizado - a participação do setor privado seria inexpressiva na época - registrou o fortalecimento do setor assistencial público e terminou com seu declínio e, concomitantemente, com a expansão do setor privado. Esse atendimento, feito nos hospitais e ambulatorios do SNDM⁶ (1941), não discriminaria a clientela quanto ao estatuto previdenciário de sua origem. Esse serviço congregaria a maior parte dos psiquiatras em atividade, continuando o eixo criado com a Assistência a Psicopatas/Serviço Nacional de Alienados/SNDM, e se constituiria no maior núcleo da psiquiatria. Por intermédio de convênios com o Governo Federal, criam se, nos estados, hospitais e colônias psiquiátricas, segundo diretrizes do SNDM. Criaram-se e se fortaleceram as “Cátedras de Psiquiatria”, na

⁶ SNDM: Serviço Nacional dos Doenças Mentais: criado pelo Decreto – Lei ° 3.171, de 02/04/1941, órgão do Ministério da Educação e Saúde criado em 1937

Faculdade de Medicina, constituindo-se a “Psiquiatria Universitária”, a partir do Instituto Psiquiátrico da Universidade do Brasil (IPUB), como outro núcleo de congregação de psiquiatras.

•1954-1982: Ocorreu inicialmente o declínio do setor público como responsável direto pela assistência psiquiátrica, registrando o repasse deste encargo ao setor privado e sua grande expansão e posteriormente seu aparente declínio desse último, e novo revigoramento do setor público, no fim do período. O fim do Governo Vargas (1954), traria Jurandyr Manfredini – do núcleo da “Psiquiatria Universitária” - para a condução da Política de Saúde Mental do SNDM. Com a ampliação da Previdência Social, representada pelas Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensão, a assistência no SNDM que era indiscriminada passaria agora a atender apenas aos indigentes. Houve uma forte expansão do setor privado na assistência psiquiátrica, por intermédio de convênio com os Institutos e Caixas, e posteriormente com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificaria os institutos em 1967, mantendo o repasse de encargos e a expansão do setor, principalmente a partir de 1964, com uma política de privatização conduzida pela a lógica de causar menor ônus. Com essas mudanças houve sensível decréscimo de verbas para o SNDM/DINSAM, além da redução de seu poder decisório para formular a política assistencial psiquiátrica, que seria assumida pelo INAMPS⁷. Posteriormente, mais no fim do período, assistiu-se a, assim chamada, 'Crise da Previdência', com o registro de enorme déficit orçamentário no órgão previdenciário estatal, que acabou por tentar restringir o repasse de encargos e verbas para o setor privado, revendo a política de convênios. O surgimento da cogestão e do Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) tentou viabilizar mudanças na rede assistencial pública para fazer frente à crise orçamentária gerada pelos convênios com o

⁷ INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada.

setor privado. Portanto, o final desse período seria marcado por novo reforço ao setor público e aparente retração no crescimento do setor privado.

Maior detalhamento e discussão das políticas de saúde mental no Brasil poder-se-ia realizar, nos períodos já delineados por Lougon, com o intuito de se poder delinear uma imagem histórica relativa aos diversos movimentos que culminaram com as mudanças já assinaladas pontualmente advindas com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para PORTOCARRERO (2002), enquanto que no século XIX a prática psiquiátrica é uma ação restrita à “psiquiatria do hospício e às medidas necessárias à sua realização, no século XX, a medicalização das outras instâncias sociais originaria novos espaços terapêuticos e preventivos, criando um sistema de assistência totalmente novo” (p.142).

É assim que esta autora analisou a promulgação da lei federal em 1903, de assistência aos alienados no governo Rodrigues Alves, na esteira de marcada atuação nos domínios da Saúde Pública brasileira e a conquista do processo de “psiquiatria” dos alienados, cujo principal representante viria ser Juliano Moreira, nomeado em 1903, para a direção do Hospício Nacional dos Alienados e para a direção geral da Assistência a Psicopatas, cargo que ocuparia durante 23 anos.

Para a autora, Juliano Moreira iria trabalhar pela instauração de um modelo de assistência que fosse capaz de tornar homogênea a intervenção médica que incide sobre os indivíduos tidos como “inúteis, loucos, desordeiros e prejudiciais ao bem-estar social, sempre na perspectiva de responsabilizar o Estado por essa função” (p. 98). É no mesmo período, que se iniciam as campanhas saneadoras de Oswaldo Cruz.

Para LOUGON (2006) teria sido a Liga Brasileira de Higiene Mental, outro ator social importante nesse processo, que surgiria em fins de 1922, como entidade a exercer forte influência nas discussões sobre o modelo de assistência a ser adotado, estando no cerne dessas propostas os problemas relativos à profilaxia, eugenia e questões ligadas à doença mental, enquanto problema moral, ou seja, o que foge às normas éticas socialmente prescritas.

Os hospitais fechados já vinham sofrendo críticas pela sua comprovada ineficiência, que salientava não só os fatores já mencionados, bem como o ônus para o Estado que esse tipo de assistência acarretava. A maioria dos pacientes tornava-se crônica, levando: "em pouco tempo à plethora os hospitais de psycopathas, onde as altas nunca se equilibram com as entradas". (Botelho, citado por LOUGON, 2006, p. 74).

Os diversos modelos de assistência a serem adotados como alternativas ao asilo fechado apresentariam uma fundamentação comum, que estaria ligada a uma estratégia na qual a psiquiatria ampliaria sua intervenção social, em que a comunidade é convocada como agente do projeto psiquiátrico, compromissada com a proposta de controle e normalização social.

E ainda que:

"Essas discussões levam, no início dos anos 20, à reformulação e ampliação da assistência em duas direções: criação de serviços abertos, ambulatorios e dispensários (enfermarias de curta duração), e de hospitais-colônias". (LOUGON, 2006, p. 74).

Assim, surgem, no período, os serviços ambulatoriais e dispensários ao Hospital Nacional dos Alienados, a Colônia do Engenho de Dentro e ao Serviço de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e outras colônias no Brasil, como a do Juqueri, em São Paulo, concebido por Franco da Rocha.

Em relação a este último, o Asilo-colônia de Juqueri, existente até hoje no Município de Franco da Rocha, dois objetivos seriam perseguidos pelo alienista:

I - Assegurar a esses infelizes [os alienados] um tratamento humanitário, dando-lhes relativo bem-estar quando de todo não seja possível obter-lhes a cura por meio de medicações conhecidas;

II - **Realizar esse benefício com a maior economia possível**, isto é, auxiliar a manutenção dos doentes com o seu próprio trabalho e **assim aliviar a despesa que atualmente é suportada pela comunhão social**. (Rocha, citado por ANTUNES et al., 2002, p.75).(destaque do autor)

Portanto, destaca LOUGON (2006), as colônias surgiram frente às necessidades de ampliação da assistência aos doentes mentais, tanto em sua quantidade como em sua qualidade. No primeiro aspecto, argumentava-se

quanto à necessidade de um maior espaço livre para os pacientes, com áreas extensas que permitissem o desenvolvimento de trabalho agropecuário e em oficinas, de modo a evitar os riscos da ociosidade. Por outro lado, as colônias preencheriam também a finalidade de aliviar a plethora do Hospital Nacional de Alienados, cuja superlotação prejudicava a eficácia de seu funcionamento como hospital para pacientes agudos. Havia, ainda, o interesse de reduzir o ônus financeiro do Estado com a manutenção, tendo em vista que o trabalho do alienado deveria produzir o suficiente para que o modelo fosse pelo menos parcialmente autofinanciável.

Para MIRANDA-SÁ (2007), a falta de recursos eficazes para o tratamento dos doentes e a pobreza de sua clientela determinou a progressiva deterioração e declínio destas instituições asilares, embora o aumento da população enferma exigisse a expansão do sistema, com a ampliação de suas unidades.

Para o mesmo autor, entre os anos 20 e 30 do século XX, Juliano Moreira e Ulisses Pernambucano empreenderam um primeiro esforço de reforma. Ulisses diferenciou os serviços de psicóticos agudos dos crônicos, instituiu um serviço aberto para tratamento em regime de pensão livre, criou um sistema de educação especial e um serviço de saúde mental, mas, ainda assim, seriam insuficientes para conter a degradação da assistência psiquiátrica de natureza pública, no Brasil e no mundo, no enfrentamento das enfermidades mentais.

Para o mesmo autor, no plano da assistência pública direta, a tônica do enfrentamento desse problema residiu na tentativa da criação de ambulatórios para tratamento. O Serviço Nacional de Doenças Mentais, (SNDM) desde a primeira gestão, do Professor Jurandyr Manfredini, encetou outra tentativa de reforma, elegendo como principal meta a substituição da hospitalização pela assistência ambulatorial. Nos anos 50 e 60, esses recursos se multiplicariam, principalmente como unidades sanitárias e anexas aos hospitais psiquiátricos públicos. A principal crítica a esse sistema era a manutenção da segregação do enfermo e da enfermidade psiquiátrica, além dos cuidadores da rede de assistência.

A ênfase na assistência seria exercida através de uma política de predomínio macro-hospitalar público na manutenção de grandes hospitais – colônias, com cerca de 80% de leitos oferecidos pela rede pública direta. Alguns grandes hospitais privados e alguns ambulatorios complementavam esta assistência, segundo MEDEIROS (1977) e SAMPAIO (1988).

PAULIN e TURATO (2004) destacaram que a administração de Adauto Botelho à frente do SNDM, que perdurou de 1941 a 1954, caracterizou-se por expandir a criação de hospitais públicos, por meio de convênios estaduais (decreto-lei 8.550, de 3 de janeiro de 1946), permitindo uma onda de construção de hospitais em vários estados com características de hospitais-colônias. Muitos deles eram extremamente precários ou distantes dos centros urbanos. Esta política consolidava as ideias hegemônicas de Juliano Moreira ainda das primeiras décadas do Século XX.

Os autores destacaram ainda, que ao término de sua gestão, Adauto Botelho teria promovido um aumento de mais 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil, sem amenizar ainda assim a situação caótica vigente; ao contrário, na década de 50, os hospitais públicos estavam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. O Hospital do Juqueri abrigaria perto de 13 mil doentes.

Seria com o fim da era Vargas e a chegada de Juscelino Kubitschek ao poder, que, o hospital psiquiátrico privado, como novo ator institucional começaria a despontar, no contexto de uma democracia liberal que atingia seu apogeu e atenderia aos reclamos de uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental.

Seria preciso compreender-se esta expansão do setor privado de assistência psiquiátrica dentro do contexto mais amplo que seria o da forma mesmo como o Estado Brasileiro estava consolidando as suas políticas de saúde.

Ao longo do Século XX, entre os anos 30 até o surgimento do SUS quando finalmente seus princípios universalistas foram incorporados como direitos do cidadão, o Estado Brasileiro contemplaria “marginalmente a

questão social, os direitos sociais, centrando suas atividades em programas que privilegiavam os setores hegemônicos da economia, ainda que dotados de racionalidade técnica” (ALMEIDA et al., 2001, p. 21).

Segundo o mesmo autor, do final do século XIX até metade da década de 1960, praticou-se como modelo hegemônico de saúde o sanitarismo campanhista, vitorioso no combate das doenças por meio de estruturas verticalizadas, mas que, com o processo de industrialização foi cedendo espaço para o crescimento da assistência médica da Previdência Social, conformando um novo modelo hegemônico que seria o “médico – assistencial-privatista”. Mesmo porque essa industrialização acelerada vivida pelo país e a migração da população do campo para as cidades, principalmente a partir da década de 1950, faria com que a demanda por assistência médica aumentasse drasticamente. Era preciso atuar sobre o corpo e garantir a capacidade produtiva do trabalhador.

Em detrimento de recursos alocados em outros setores da Saúde Pública, houve uma intensa capitalização da Previdência Social, que transformou – se em sócia privilegiada do Estado, ao lado das empresas estatais - que começavam a surgir - e das empresas privadas as quais dessas dependiam.

No segundo governo Vargas e no de JK, a ênfase dessa assistência seria concentrada fortemente na área hospitalar. A grande maioria dos hospitais públicos brasileiros foi construída nesse período, numa perspectiva hospitalocêntrica.

O “sanitarismo campanhista”, portanto, já não responderia às necessidades de uma economia industrializada, que foi sendo concebida concomitantemente com a mudança da Previdência Social. Mas as condições concretas para a implantação do novo modelo surgiram com a instauração da ditadura militar em 1964, quando se passou a incrementar o papel regulador do Estado e a expulsar os trabalhadores do controle da Previdência Social.

Os IAPs foram então concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. Essas modificações foram possíveis em função do caráter autoritário do regime, assim como em função

do apoio popular conferido ao regime de exceção, graças ao curto, mas intenso período do "milagre econômico"; não se deve esquecer também a adesão e o apoio de vários atores (tecnoburocracia, donos de serviços, indústria médica etc.) aos militares e ao modelo proposto, destacam ainda ALMEIDA et al. (2001).

Foi destacado por SAMPAIO (1988), no período compreendido entre 1941 a 1961, o crescimento vegetativo dos hospitais psiquiátricos públicos e dos privados. No ano de 1941, o Brasil possuía 62 hospitais psiquiátricos, com 23 de caráter público (37,1% do total) e 39, de caráter privado (62,9%). Esses últimos, embora em maior número, contavam apenas com 19,3% dos leitos psiquiátricos, enquanto que os públicos detinham 80,7%. Em 1961, o Brasil já contaria com 135 hospitais psiquiátricos, entre, 54 de caráter público (40%), e 81 de natureza privada (60%). E ainda mais, teria havido um crescimento de 24,9% nos leitos psiquiátricos privados e uma diminuição de 75,1% dos leitos públicos.

Pode-se afirmar, portanto, que foi por meio da contratação de leitos psiquiátricos e dos serviços de saúde mental na rede privada, pilares do modelo médico-privatista na década de 1970-1980, que foram asseguradas as garantias da cobertura previdenciária, com seu caráter contributivo, às classes trabalhadoras e seus dependentes, no período que se seguiu a 1964. Aos indigentes e não previdenciários a assistência continuou sendo fornecida pelos leitos de hospitais públicos, com poucos recursos.

O resultado dessa política, na área da assistência psiquiátrica, em 1977, impactava no orçamento federal, pois os recursos destinados à hospitalização psiquiátrica somavam 96% do orçamento total da Previdência Social, contra 4% para os recursos não hospitalares, dos quais o mais significativo era o ambulatório (AMARANTE, 1995).

CERQUEIRA (1984) denominou "indústria da loucura" este processo acelerado de privatização da assistência psiquiátrica. Só no triênio 1965/1968, teria havido um aumento de 20% no total da população hospitalar, com predomínio de 60% da rede particular; 48% no total de readmissões com o mesmo predomínio de 98% na rede particular; 51% de primeiras admissões

sendo 84% na particular. O mesmo autor, que cunhou ainda o termo “leito-chão” (o excedente de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos), verificou o incremento de 45% no total desses “leitos”.

Não tardaram críticas, portanto, institucionalmente na órbita da recém-criada Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), como também nos setores associativos e acadêmicos, à hegemonia deste modelo médico – privatista hospitalocêntrico na esfera da atenção psiquiátrica, já sob a influência das chamadas reformas da assistência nos moldes da Psiquiatria Comunitária Americana e dos países Europeus, notadamente Inglaterra e França.

Não obstante, mesmo nesse contexto, algumas experiências inovadoras teriam se consubstanciado, no caminho para uma assistência comunitária em saúde mental – não hospitalocêntrica - nessa década no âmbito regional nos Estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. A inserção dessas práticas teria sido referência marcante para o desenvolvimento de modelos assistenciais que viriam a emergir na política de saúde mental dos anos 80 (PAULIN e TURATO, 2004).

Em meados da década de 1970 e de 1980, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira iniciar-se-ia, no contexto da luta mais ampla pela redemocratização do país, na segunda metade da década de 1970 e no processo de reformulação do setor saúde representado pela Reforma Sanitária Brasileira.

Em 1978, seria criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definidamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

O mesmo autor destaca que na década de 80, no contexto de grave crise econômica e no processo de democratização do país, os impasses presentes no setor saúde como a desigualdade no acesso, a falta de hierarquização da rede, o baixo impacto das ações em saúde, as relações de custo/efetividade desfavoráveis, a falta de integralidade na atenção e a

centralização do processo decisório, foram alguns dos problemas enfrentados. Essa conjuntura de crise econômica do período além de tornar as políticas governamentais mais suscetíveis às medidas “racionalizadoras”, possibilitou – pela redemocratização - a entrada em cena de novos atores sociais que passaram a pressionar o Estado por políticas sociais mais equitativas.

Foi nesse contexto, a partir da década de 80, que o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganhou importância, tanto política como socialmente, nas suas reivindicações de uma mudança substancial na política do setor adotada até então.

Segundo DESVIAT (1999) experiências reformadoras tiveram lugar em contextos específicos de desenvolvimento. Por um lado, o clima social teria permitido, exigindo a conscientização e a denúncia da situação manicomial, com a abertura de um processo de consenso técnico, político e social que possibilitaria a elaboração de objetivos alternativos. Por outro, haveria um momento de legitimação administrativa, com um grupo de técnicos compromissados, qualificados e decididos a levar adiante o processo de reforma (DESVIAT, 1999).

Para TENÓRIO (2002, p. 28) a influência da Psiquiatria Democrática Italiana, a partir de meados dos anos 80, ganharia força no Brasil, destacando a importância de duas referências conceituais anteriores. Uma teria sido o modelo das comunidades terapêuticas, "antepassado nobre e generoso" da reforma, citando Delgado, e a outra se constituiria no movimento da psiquiatria comunitária e preventiva, que haveria instituído as ideias de 'saúde mental' (por oposição à 'doença' mental) e de intervenção na comunidade, inclusive com intenção preventiva. A partir dessa década, novos protagonistas, como usuários e familiares, aumentaram o coro de reivindicações por outras possibilidades de atenção, espaços e avanços técnicos.

Corroboraram esses movimentos, a implementação de experiências de Hospitais-Dia; a inserção do movimento psicanalítico em vários setores; a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, no ano de 1987, considerada um marco histórico da psiquiatria brasileira; o II

Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que consolidou o lema "Por uma sociedade sem manicômios"; a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz Cerqueira, em São Paulo, no mesmo ano; a intervenção, em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, em Santos; o Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado, que previa a extinção progressiva dos manicômios bem como sua substituição por outros dispositivos de tratamento; e a Declaração de Caracas, documento produzido na Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina que convocou os países a avaliarem criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação da assistência. (ALMEIDA, 2002)

Continuando o mesmo autor, o processo de abertura política e a Constituição de 1988 consolidaram a saúde como "direito de todo cidadão e dever do Estado".

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou a materialização das propostas da Reforma Sanitária rumo a um sistema universal com predomínio da assistência prestada pelo setor público. Nesse contexto, o processo de universalização, iniciado ao final da década de 70 e consolidado na "Constituição Cidadã", foi se desenhando. A absorção de novos segmentos sociais ao sistema de saúde representou maior acesso para clientela antes excluídas desse direito. A criação do SUS foi um marco em termos de ampliação de direitos sociais no país que se desenvolveu na contramão do caminho trilhado por outras reformas do sistema de saúde na América Latina no mesmo período. (Lobato, citado por ALMEIDA, 2002, p. 16).

No entender de ALMEIDA (2002), a Reforma Psiquiátrica avançou ainda mais, quando ao questionar a própria essência do saber psiquiátrico, como instrumento de dominação, ao tentar normalizar o sofrimento individual, e da vida social, ultrapassou o campo de reformulação da assistência como um processo meramente técnico e propôs uma mudança de paradigma. A pretensão não seria somente que a população de uma determinada região

tivesse acesso a serviços de saúde, mas que pudesse beneficiar-se de um novo modelo técnico-assistencial de assistência.

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica trouxe à tona uma discussão muito mais ampla que diz respeito aos mecanismos socialmente produzidos, como a medicina de controle da subjetividade, do adoecer e de outras experiências humanas, saberes perpassados, grosso modo, por interesses político-econômicos.

Para DESVIAT (1999) o Brasil teria conseguido em curto espaço de tempo, a sensibilização de setores sociais e de lideranças culturais, políticas e sociais, como também o consenso necessário entre os profissionais em torno de alguns objetivos não muito claros para se efetivarem estas transformações. Em outros países, como a Itália e Espanha, teriam levado mais tempo e em outros, como no Reino Unido e na França depois da Segunda Guerra Mundial, aquelas, teriam se beneficiado ainda mais de um contexto de especial sensibilidade social.

A equipe do Ministério da Saúde, com a experiência acumulada de sua militância, na luta contra a ditadura militar, em partidos de esquerda, e sua habilidade política em conciliar diversas posturas em torno de pontos fundamentais como os da desinstitucionalização e defesa dos direitos dos pacientes, “conseguiu materializar as bases para uma reforma, apoiando-se em um amplo movimento profissional e civil”. (DESVIAT, 1999, p. 152).

Para TENÓRIO (2002), seria na década de 1990 que se colheriam e se consolidariam os processos que comporiam o cenário da reforma psiquiátrica brasileira. Ainda que a prevalência do manicômio como principal recurso destinado à massa da clientela não houvesse sido superada, já se anunciava claramente uma nova hegemonia.

O advento do SUS também teria permitido a aglutinação dos diversos fatores de mudança e as duas últimas décadas assistiram a efetivação da reforma da assistência psiquiátrica brasileira.

Em 1990 com a criação da Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), no lugar da DINSAM, essa passa a efetivamente coordenar a política de saúde mental do país, e, potencializada pela emergência do SUS,

implantaria ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (BORGES e BAPTISTA, 2008).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, é um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira. Com a participação dos segmentos sociais envolvidos na questão da saúde mental - 20% dos delegados à conferência eram representantes dos usuários dos serviços (pacientes) e de seus familiares - seu relatório final publicado pelo Ministério da Saúde foi adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Nesse consolidaram-se os marcos conceituais que incorporaram o tema dos direitos na legislação e na questão do modelo de uma rede de atenção municipalizada, adotando ainda conceitos como território e responsabilidade como uma forma de ruptura com o modelo hospitalocêntrico e de garantir “o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p. 22).

Todo este avanço vigoroso e consistente da reforma psiquiátrica brasileira na década de 1990 teria se consolidado ainda mais com a aprovação da Lei de Saúde Mental, em 6 de abril de 2001, no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Assim, a Lei Federal 10.216 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a) teria redirecionado a assistência em saúde mental, com o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária em detrimento ao hospitalar – ainda que não houvesse instituído mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios - e, disposto, em bases legais, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

No contexto da promulgação dessa lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, ganhou maior sustentação e visibilidade, com novo impulso e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Antes mesmo da aprovação da Lei 10.216, sete Estados e o Distrito Federal já haviam aprovado leis que previam a substituição progressiva da assistência em hospital psiquiátrico de internação pelo tratamento em outros dispositivos e serviços.

O Ministério da Saúde já editara um arcabouço normativo importante com 11 portarias que, em seu conjunto, constituíram tanto o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento no país, tanto quanto incentivos à criação de dispositivos de novo tipo, dependentes de uma nova sistemática de financiamento público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Após a aprovação da referida lei, novos incentivos financeiros aos municípios foram regulamentados, por meio de legislação específica, sempre consoante com a referente ao SUS: do acesso a medicamentos – Portaria 1077/ GM de 24/08/1999; da criação das Residências Terapêuticas (SRT) – Port. Nº. 106/ GM de 11/02/2000; dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – portaria 336 / GM de 19/02/2002; da instituição do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas – Port. 816/GM de 30/04/2002; da criação do “Programa Volta para Casa” – Lei n 10.708 de 31 de julho de 2003 e sua regulamentação através da Port. 2077/GM de 31/10/2003. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Os resultados desses incentivos podem ser resumidos em quantitativo contabilizado e apresentado pelo próprio Ministério de Saúde, em junho de 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a), no fomento da expansão desses dispositivos extra – hospitalares de Atenção em Saúde Mental para todo o Brasil:

Residências Terapêuticas: de 85 em 2002, para 533 em 06/2009.

CAPS: de 10 em 1989, para 1.394 em 06/2009.

Beneficiários do Programa “Volta para Casa”: de menos de 250 em 2003 para 3.346 em 06/2009.

Ao lado da criação desses dispositivos comunitários, observa-se um decréscimo importante na oferta de leitos psiquiátricos - de 51.393 leitos em 2002, para 35.426 em 2009 - e no perfil desses estabelecimentos que passaram de unidades macro-hospitalares – até 400 leitos ou mais, de 29

para 14% na composição total – e a recomposição para unidades menores de até 160 leitos que se expandiu relativamente de 24 para 45% do total de unidades menores.

As principais dificuldades e desafios na implementação desta política seria em respeito quanto à expansão e qualificação de leitos em hospitais gerais, ao funcionamento da rede urgência/emergência em grandes municípios e à Integração mais efetiva com a atenção primária, no Programa Saúde da Família, junto aos Agentes comunitários de saúde.

Em trabalho recente de levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil, realizado por MATEUS (2009), os dados mostraram que a reforma do sistema de saúde mental brasileiro teria logrado nas duas últimas décadas, uma fundamental mudança no modelo de assistência, no destino dos recursos financeiros, e no arcabouço legislativo. Apoiou-se em uma política híbrida, tensionada por concepções diferentes da reforma da atenção psiquiátrica, com ênfase às ações no âmbito do CAPS, deslocando-se de um sistema hospitalocêntrico para um modelo de enfoque comunitário.

Sua implantação e desenvolvimento não contariam ainda com um cronograma geral para o plano nacional de saúde mental e cronogramas para programas específicos, como a atenção às emergências em saúde mental, saúde mental na atenção básica, atenção à criança e adolescência, entre outros (MATEUS, 2009, p. 70).

Esse sucesso, demonstrado pelas inegáveis mudanças positivas alcançadas na mudança de modelo assistencial, não vem se realizando, no entanto, sem estar sendo atravessado por diversas críticas, de diferentes matizes que vêm persistindo e se avolumando, ocupando inclusive os meios de comunicação e a mídia de maneira geral.

Poderiam ser enunciadas resumidamente como:

- ✓ Grau e velocidade de implantações desiguais, para com as quais a desospitalização maciça e a todo custo, não tem sido acompanhada pela criação e provisão de serviços comunitários substitutivos suficientes, gerando desassistência (OLIVEIRA, 2009; SIMERS, 2009).

- ✓ Excessiva centralização e normatização em modelos de dispositivos de atenção, (CAPS) contrariando concepções de regionalização, territorialização e necessidades locais em país continental, com dimensões demográficas e sociais diversas. (HIRDES, 2009; MORAIS et al., 2009)
 - ✓ Financiamento insuficiente e decrescente. (ANDREOLLI et al., 2007)
 - ✓ Ausência da elaboração de parâmetros para sua avaliação. Ínfima implantação de leitos psiquiátricos substitutivos denominados “integrais” em enfermarias de hospitais gerais, contribuindo para o déficit geral de leitos psiquiátricos (LUCCHESI e MALIK, 2009).
 - ✓ Insuficiência na criação e na coordenação de uma rede de atenção à saúde mental integrada por meio da atenção primária e por outros níveis da assistência à saúde. (AMARAL, 1997)
 - ✓ Insuficiência de planejamento e provisão de ações na Atenção Primária de Saúde que possam minimizar a sobrecarga familiar proporcionada pelos portadores de transtornos mentais. (BANDEIRA e BARROSO, 2005)
 - ✓ Ambiguidade na desqualificação e no combate ideológico à “epistemologia médica psiquiátrica” como fonte de qualquer conhecimento científico que possa trazer benefícios aos portadores de transtornos mentais. (GENTIL, 2007).
 - ✓ Ausência ou insuficiência de planejamento e implantação de ações para grupos vulneráveis como idosos, população em situação de rua, crianças e adolescentes com transtornos mentais e com deficiência. (MATEUS, 2009).
-

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

O objetivo deste estudo será investigar a implantação de um Programa de apoio à saúde mental na perspectiva de integrar estas ações na Estratégia Saúde da Família na região do M'Boi Mirim, zona sul do Município de São Paulo, ao analisar as percepções dos profissionais e de usuários envolvidos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar pesquisa documental sobre a implantação da Estratégia Saúde da Família e levantamento dos recursos e produção de Saúde.
2. Apreender a percepção dos profissionais envolvidos quanto ao desenvolvimento e implantação da Estratégia Saúde da Família e especificamente quanto à necessidade de um programa de apoio e de atenção em saúde mental integrado.
3. Apreender, descrever e analisar a elaboração realizada pelos profissionais da dinâmica de organização do processo de trabalho, compartilhado pelas várias categorias profissionais, com destaque em sua dimensão técnica – assistencial.
4. Apreender a percepção dos profissionais e gerentes dos serviços envolvidos quanto aos objetivos do programa e alcance, logrados na identificação dos casos, acolhimento, manejo e atenção à Saúde Mental na clientela adstrita.
5. Apreender e analisar a percepção dos usuários e familiares quanto aos cuidados recebidos junto ao programa.
6. Identificar o grau de implantação, organização e integração alcançado pelo programa na Atenção Primária de Saúde.

Este trabalho, ao investigar a implantação de unidades de apoio à Saúde Mental, pela análise das percepções de profissionais e usuários, em um contexto microregional da Atenção Primária de Saúde, buscará contribuir para a efetivação de mudanças necessárias que visem contemplar a integração de ações em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família.

4. METODOLOGIA

4.1 O CAMPO DA PESQUISA EM SAÚDE PÚBLICA

O campo da Saúde Pública, tomado aqui como área de conhecimento, não se circunscreve ao campo de investigação das Ciências Naturais, mas supera-o, ampliando-o com o campo das Ciências Humanas. O que deve colocar-se, nesse caso, então é que a problemática desse campo, além de ampliar-se, torna-se complexa por apresentar especificidades em relação à interdisciplinaridade que vai caracterizá-lo (ALVARENGA, 1994; MINAYO, 2004).

De acordo com Bruyne, citado por ALVARENGA (1994, p. 24), as Ciências Sociais caracterizam-se como campo pluri-interdisciplinar basicamente pelo fato de não ser plausível de ser englobado ou reduzido a uma única disciplina. Porém no campo da Saúde Pública enfrenta – se a questão das diversas naturezas biológica, social e psicológica de seu objeto, assim também como os processos de saúde-doença coletivos como desafios em seu campo disciplinar.

A natureza do campo interdisciplinar, em função de sua diversidade, abre amplas perspectivas para a presença de várias disciplinas e tendências na análise dos problemas que apresenta. Esta presença ainda poderia ser destacada em relação à questão do instrumental para o tratamento das questões relativas à Administração de Serviços, Políticas de saúde e de planejamento em Saúde, notadamente a contribuição das Ciências Sociais, segundo a mesma autora.

Para ZIONI e SOUZA (2005), as diversas classificações e definições encontradas de tipos de pesquisas, em função dos mais diversos critérios, espalhados por manuais e livros de pesquisas, apenas as representam de forma didática – contribuindo para a identificação de procedimentos e motivos para sua utilização - mas não respondem às necessidades e questões epistemológicas discutidas contemporaneamente sobre as definições de ciência.

Citando Chizzotti, as autoras referem-se às divisões das pesquisas em dois grandes blocos que seriam as pesquisas do tipo experimentais e qualitativas.

As pesquisas do tipo experimentais, que desenvolveram os mais diversos procedimentos e que foram predominantes até meados do século passado, contemplariam somente aqueles experimentos em condições de controles tais, cujos resultados pudessem ser mensurados sob o rigor estatístico, legitimados pela experiência e comprovados por esta mensuração. Somente os fatos que pudessem ser apreendidos desta forma seriam científicos ou passíveis de conhecimento. Complementando estas observações, nas ciências da natureza, a experimentação consistiria, pois na observação, manipulação e controle do efeito produzido em uma dada situação, introduzindo uma modificação voluntária de uma variável independente sobre outra variável dependente. Nas ciências humanas, a experimentação far-se-ia por meio do tratamento estatístico dos dados encontrados, pelo qual seria possível identificar relações entre os fenômenos observados.

Essa perspectiva, que teria sido hegemônica durante muito tempo, foi criticada e acabou por ser superada por outras tendências, que incorporaram as perspectivas qualitativas aos processos de pesquisa e conhecimento (ZIONI e SOUZA, 2005, p.602):

Para muitos autores, a pesquisa quantitativa não deve ser oposta à pesquisa qualitativa, mas ambas devem sinergicamente convergir na complementaridade mútua sem confinar os processos e questões metodológicas a limites que atribuam os métodos quantitativos exclusivamente ao positivismo ou os métodos qualitativos ao pensamento interpretativo (fenomenologia, dialética, hermenêutica) (Chizzotti, citado por ZIONI e SOUZA, 2005, p.602).

Pode perceber-se, assim, que o uso de uma determinada técnica de investigação poder-se-ia definir pelo objeto de estudo e pela reflexão teórica por ele provocada.

Ou de outra forma, de acordo com LAVILLE e DIONNE (1999):

A partir do momento em que a pesquisa centrá-se em um problema específico, é em virtude deste problema específico que o pesquisador escolherá o procedimento mais apto segundo ele para chegar à compreensão visada. Poderá ser um procedimento quantitativo, qualitativo ou uma mistura de ambos.

O essencial permanecerá: **que a escolha da abordagem esteja a serviço do objeto de pesquisa e não ao contrario** (destaque nosso), com o objetivo de daí tirar o melhor possível as saberes desejados. (p. 43)

4.2 DELINEAMENTOS DO ESTUDO – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA

“Podemos conceituar pesquisa como um processo de produção de conhecimento utilizando – se de procedimentos, métodos e técnicas consagrados pela comunidade científica ou parte dela, atendendo objetivos institucionais, teóricos ou práticos, mas quase sempre legitimados por sua relevância teórica ou social”, como bem destacam ZIONI E SOUZA (2005).

Ainda segundo as autoras, esses objetivos resumidamente compreenderiam a identificação de relações entre fenômenos ou das condições necessárias à ocorrência do mesmo; a descrição de uma situação, identificação de problemas e possibilidades de solução; o desenvolvimento de novas tecnologias; o desenvolvimento e generalização de determinadas teorias e a universalização do conhecimento.

A investigação da realidade apresenta – se em seu início como um interesse de conhecimento, de saber. Este interesse de conhecimento não pode ser resolvido na forma como se manifestou espontaneamente na mente do investigador e formulado desta forma, como tema de investigação. Ele precisa ser delimitado, concretizado, para ser acessível à indagação científica.

De acordo com LAVILLE e DIONNE (1999), o objeto de investigação é o fenômeno real, objetivo, que existe no universo de maneira independente do interesse de conhecimento. Este objeto, que será apreendido pela consciência do pesquisador, inicialmente como um “fato bruto” há de tornar-se “seu problema” para a pesquisa. Ao objetivar sua problemática é que o pesquisador deverá iniciar e desenvolver, dessa forma, seu domínio metódico e racional. E prosseguindo, à p. 45:

“Muitas vezes o pesquisador sabe que sua hipótese não é sempre a única possível, e que outras poderiam ser consideradas. Mas ele retém a que lhe parece ser a melhor, a que lhe parece suficiente para progredir em direção à compreensão do problema e à sua eventual solução”

Em relação ao problema da pesquisa, este será sempre melhor erigido e delimitado a partir do saber adquirido ou construído à luz de valores presentes no pesquisador na forma de um quadro de referência determinado que o guie na observação do real, assim que exprimir suas interrogações iniciais.

Como já mencionado então, o pesquisador deverá passar desta percepção intuitiva para um domínio metódico e racional. Portanto, na saída, partir-se-ia de uma problemática imprecisa e vaga, para chegar-se finalmente, com a problemática já objetivada, a uma problemática racional, destacam ainda LAVILLE E DIONNE (1999).

Outros autores, como MINAYO (2004), ainda ponderam sobre o caráter de inacessibilidade do objeto, visto que as ideias feitas sobre os fatos serão sempre imprecisas, parciais e imperfeitas em relação aos mesmos, consistindo certamente o processo de pesquisa em definições e redefinições de seu próprio objeto. O objeto, portanto, não está nunca rigorosamente pronto, o será sempre de forma provisória.

Nessa perspectiva, percebe-se o desafio dessa pesquisa, pois embora se possa delimitar e objetivar seu objeto, esta construção, ainda assim, será definida de forma provisória, admitindo-se redefinições nesse processo, apesar do rigor empregado.

Pretendeu – se conceituar e fundamentar, inicialmente dessa forma, a construção do objeto dessa investigação. Delineia-se em uma seara complexa e heterogênea que é a pesquisa no campo da Saúde Pública, com o objetivo de contribuir para identificar e analisar as condições e resultados na produção de ações de saúde, relacionando – às com as percepções de profissionais e usuários envolvidos. Seus principais temas teóricos são a Atenção Primária de Saúde, a Estratégia Saúde da Família e a Reforma Psiquiátrica.

Investigações para avaliar a operacionalização de novos dispositivos ou modalidades de Atenção à Saúde Mental contribuem para a construção de parâmetros para o redirecionamento das ações, constituindo-se, também, uma estratégia para influenciar as políticas públicas dessa área.

Ao considerarmos que a pesquisa avaliativa não visa apenas estabelecer-se como um julgamento para determinar a continuidade ou não de um programa ou buscar relações de causalidade, sua proposta poderá ampliar-se ao introduzir esse processo no seu sentido formativo. Pode também potencializar estas novas práticas como um dos possíveis dispositivos de mudança.

4.3 DESENHOS METODOLÓGICOS – ASPECTOS TEÓRICOS

O projeto da pesquisa constitui a lógica que deve reunir os dados a serem coletados, com as conclusões que possam advir de seus resultados e sua relação com as questões iniciais do estudo.

Ao compartilhar com a ideia, já discutida, de que o tipo de abordagem da pesquisa deve conformar - se ao seu objeto, optou-se, nessa pesquisa pela escolha da estratégia de Estudo de Caso. Essa estratégia, com um propósito descritivo-analítico, foi considerada aqui de forma mais abrangente, isto é, não considerada apenas como uma característica de planejamento ou mera técnica de coleta de dados.

Os “estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões “como” e “por quê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco encontra-se em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real” (YIN, 2005, p. 19).

A essência de um Estudo de Caso, ou a tendência central de todos os tipos de Estudo de Caso é que eles tentam esclarecer “uma decisão ou um

conjunto de decisões: por que elas foram tomadas ou como elas foram implementadas e, quais os resultados alcançados”.

E mais adiante, o mesmo autor, ao destacar o estudo de caso como uma estratégia:

Em todas essas situações, a clara necessidade pelos estudos de casos surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. Em resumo, o estudo de caso permite uma investigação para preservarem-se as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, **processos organizacionais e administrativos** (destaque do autor), mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos. (p. 20)

Tomou-se como premissa de que a análise da implantação de um programa de Atenção em Saúde Mental na Atenção Primária organizado na Estratégia Saúde da Família, à luz das percepções de seus protagonistas e participantes, em uma região com características sociais e demográficas peculiares e específicas, não poderia dissociar-se de seu contexto. Compartilhou-se da ideia de que não se poderia investigá-lo, portanto, fora de sua vida real e, sendo assim, os limites entre os fenômenos investigados e o contexto não poderiam estar claramente definidos, sendo problemática esta dissociação.

E, além desses aspectos relacionados à problemática da dissociação fenômeno-contexto contemporâneos, esta abordagem caracterizar-se-ia ainda pelas múltiplas fontes de evidências coletadas.

O Estudo de Caso não pretende uma generalização científica. Quando isso é possível – fatos científicos raramente se baseiam em experimentos únicos -, a generalização, na verdade, envolve um conjunto múltiplo de experimentos que poderiam repetir o fenômeno e obter os mesmos resultados, sob condições diferentes. Já no estudo de caso, assim como nos experimentos, seus resultados podem ser tomados como expansão e generalização das **proposições teóricas envolvidas (destaque do autor)** e não enumeração das frequências relativas às populações ou universos, consideradas aqui como generalizações estatísticas. Portanto o estudo de caso, assim como o experimento, não representaria uma amostragem. Seu

objetivo seria mais então de tomar os resultados como uma análise generalizante e não particularizante (YIN, 2005, p. 30).

HARTZ (1999) é outro autor que referenda a abordagem de Estudo de Caso quando o objeto de investigação é de grande complexidade e quando os fenômenos de interesse não se distinguem facilmente das condições contextuais, necessitando as informações de ambos.

Quando se resolve adotar esta estratégia é porque o pesquisador decidiu-se trabalhar sobre uma quantidade muito pequena de unidades de análise e quando a observação é feita no interior de cada caso. Sua potência explicativa deve se apoiar na profundidade da análise do caso e não do número de unidades.

O objeto do presente estudo direcionou-se para o campo das abordagens qualitativas, pois são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas e significativas.” (MINAYO, 2004, p.10).

Para ZIONI E SOUZA (2005), a perspectiva qualitativa, ao contrário das construções metodológicas baseadas no empirismo e no experimentalismo, não buscaria a generalização dos resultados, mas sim enfatizaria a compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

BAUM (1995) destacaria que os estudos qualitativos, adicionam aprofundamentos e compreensão às interações e significações sociais presentes em estudos de casos particulares. Ajudariam na identificação de aspectos desconhecidos presentes em determinado fenômeno e reafirmariam a validade dos achados quantitativos ao interpretar, ou melhor, compreender os significados de modelos obscuros e gerar teorias inéditas.

PONDÉ et al. (2009) destacariam ainda que a análise dos dados oriundos de estudos qualitativos poderia modificar a pergunta original de pesquisa, pois os dados coletados em campo poderiam trazer informações inéditas e distintas daquelas da proposta inicial de estudo. A metodologia de

análise de dados qualitativos permite avaliar não apenas a pergunta de investigação do pesquisador, mas também os dados que surgem nas entrevistas, concernentes às ideias do entrevistado e que escapam ao objeto de pesquisa inicialmente investigado.

Para CHAUÍ (2000, p. 202), os métodos qualitativos, provenientes das Ciências do homem, deveriam ser chamados de “compreensivo – interpretativos”, pois “seus objetos são as significações ou os sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos”.

O significado é o conceito central para a análise sociológica que é totalmente diversa das ciências naturais. Essencialmente qualitativos, os objetos das Ciências Sociais, são os fenômenos que não podem ser quantificados, a exemplo dos significados, conhecimentos, crenças, valores, atitudes e percepções e que podem ser compreendidos como uma realidade humana vivida socialmente em suas diversas manifestações, à luz da Fenomenologia, Interacionismo Simbólico e a Etnometodologia. Eis a tarefa da análise empreendida pela Sociologia Compreensiva, destaca MINAYO (2004).

Ao se trabalhar em uma perspectiva investigativa com a análise das percepções dos atores participantes na implantação de um programa de ações de saúde, poderia ser ainda mais elucidativo conceituar sobre o que se entende aqui por “Percepção”.

Segundo TURATO (2003), na literatura da área da saúde, “a fenomenologia tem sido a principal base filosófica para as metodologias qualitativas atuais, tendo o homem por seu objeto de estudo” (p. 209).

Pode-se dizer que a Fenomenologia, uma Filosofia dos Séc. XIX – XX, inspirada em Edmund Husserl (1859 - 1938), buscou fundamentar as condições da ciência em novas exigências.

No Dicionário HOUAISS (2004, p. 1327), encontrou-se que a Fenomenologia, pode ser considerada, entre outras definições, como a de que (...) “no pensamento setecentista, descrição filosófica dos fenômenos em

sua natureza aparente e ilusória, manifestadas na experiência aos sentidos humanos e à consciência imediata” ou ainda como:

(...) “em Husserl (1859-1938), método filosófico que se propõe a uma descrição da experiência vivida da consciência, cujas manifestações são expurgadas de suas características reais ou empíricas e consideradas no plano da generalidade essencial [Reconhecida como uma das principais correntes filosóficas do séc. XX “(…)]

Para OLIVEIRA e SILVA et al. (2008), pode-se dizer que a Fenomenologia pretende conhecer onde o saber científico de uma ciência concreta ou empírica ganha apoio, tendo como ponto de partida os dados imediatos da consciência, a raiz de que se alimenta. Por isso seu estilo é voltado para o interrogativo, o radicalismo e a infinitude (“inacabamento”) essencial existente no fenômeno.

Esse método filosófico desvela a cotidianidade do mundo do ser onde a experiência se passa e transparece na descrição de suas vivências. A fenomenologia submeteu a concepção positivista a uma crítica radical do que se apresenta ao ser, orientando em muito o pensamento europeu.

Ao partir de uma crítica à Metafísica e ao Positivismo, Husserl, constituiu uma abordagem ontológica – epistemológica fundamentada, não em pressupostos teóricos, ***mas sim na própria vivência pré-reflexiva do sujeito cognoscente em sua correlação intrínseca com o mundo, elegendo-a então, como o principal critério para a produção do conhecimento*** (grifo do autor), destacam GONÇALVES et al. (2008).

Da matriz de Husserl, novas perspectivas desenvolveram-se ao longo do Séc.. XX, por meio de autores como Jean Paul Sartre (1905-1980), Martin Heidegger (1889-1976), Paul Ricoeur (1913 – 2005) e Maurice Merleau-Ponty (1908 — 1961)

O conceito básico nos trabalhos desenvolvidos por cientistas sociais que utilizam os quadros de referências de base fenomenológica e hermenêutica – como a etnometodologia, a análise conversacional e a sociologia existencial – é o da experiência, segundo ALVES (2006).

Tomando a experiência no conceito da Fenomenologia, vai se defini-la como a forma original pela qual os sujeitos concretos vivenciam o seu

mundo, confundindo-se mesmo com o próprio modo de ser do sujeito no mundo, em sua forma da consciência, submetida e localizada no tempo e no espaço. Nesse aspecto, as pesquisas desenvolvidas por esse referencial insistem na reabilitação do sensível ao contrário das tradições da filosofia e das ciências sociais. A fenomenologia possibilita – nos compreender o homem e o mundo a partir de sua facticidade. É a descrição da experiência tal como ela é, pois é na experiência vivida, fundamentada no ato perceptivo, que se dá o entrelaçamento do corpo com o mundo e vice e versa. (ANDRADE et. al., 2008).

É de Merleau – Ponty (1908-1961), que esta pesquisa tomará o conceito de percepção, conceito este contido em sua obra fundamental - a 'Fenomenologia da Percepção' – com a qual realizou importantes contribuições nessa área do conhecimento.

Para SOUZA e ERDMANN (2003), será por meio da percepção que apreendemos e interpretamos as coisas do mundo, adentrando no mundo da experiência vivida pelo outro.

Afirma-se ainda que, para MERLEAU-PONTY (1999) a percepção ocorreria antes de qualquer juízo, não podendo considerar-se ainda que pudesse ser um julgamento, imaginação ou recordação. Seria assim, uma apreensão de um sentido imanente para o sensível, antes de qualquer juízo.

A análise clássica da percepção dissocia os dados sensíveis de sua significação para o sujeito. Para o empirismo e o intelectualismo a sensação é considerada apenas como uma qualidade ou estado, ou a própria consciência mesmo de um estado ou qualidade. A análise fenomenológica permitirá ultrapassar as alternativas clássicas do empirismo e o intelectualismo, entre o automatismo e a consciência.

Para Merleau-Ponty, a percepção está relacionada à atitude corpórea onde as sensações são compreendidas em movimento. Em suas próprias palavras: “A cor, antes de ser vista, anuncia-se então pela experiência de certa atitude de corpo que só convém a ela e com determinada precisão” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 284).

Destaca NÓBREGA (2008) esta concepção de sensação modificará a noção de percepção delimitada até então pelo pensamento objetivo, fundado no empirismo e no intelectualismo, cuja descrição da percepção ocorre através da causalidade linear estímulo-resposta.

Segundo CHAUI (2000), nas teorias empiristas a percepção seria considerada a única forma de conhecimento, configurando – se mesmo na origem das ideias abstratas formuladas pelo pensamento. Cita Hume, que afirmava todo o conhecimento ser percepção e existirem dois tipos de percepção: as impressões e as ideias (p.155).

Já nas teorias racionalistas intelectualistas, a percepção já não seria considerada tão confiável para o conhecimento, pois dependeria mesmo das condições particulares de quem percebe e, portanto estaria sujeita às imprecisões e ilusões, devendo então ser abandonada em favor do pensamento filosófico e científico que deveria ter como propósito corrigi-la e explicá-la.

Para a teoria fenomenológica do conhecimento, no entanto, a percepção teria uma importância fundamental, pois ela seria considerada originária e parte principal do conhecimento humano. Operaria, porém, com uma estrutura diferente do pensamento abstrato, realizando sua perspectiva por perfis, nunca captando de uma vez só seu objeto, ao contrário do pensamento intelectual que compreende uma ideia de uma vez só e por inteiro, em sua totalidade apenas, sem precisar examinar seus vários perfis (p. 156). Dessa forma pode-se inferir que a percepção só pode se manifestar de maneira provisória ou incompleta.

Para NÓBREGA (2008), Merleau – Ponty vai romper com a noção de corpo e objeto dissociados, como definidos nas noções clássicas de sensação e órgãos dos sentidos como receptores passivos. Para ele, o mundo percebido se funda na experiência do sujeito encarnado, do sujeito que olha, sente e nessa experiência do corpo fenomenal reconhece o espaço como expressivo e simbólico, pois movimentos acompanham nosso acordo perceptivo com o mundo. Situamo-nos nas coisas dispostos a habitá-las com todo nosso ser. As sensações aparecem associadas a movimentos e cada

objeto convida à realização de um gesto, não havendo, pois, representação, mas criação, novas possibilidades de interpretação das diferentes situações existenciais.

Seria preciso, pois, enfatizar a experiência do corpo como campo criador dos sentidos já que a percepção não seria uma representação mentalista, mas sim um acontecimento corporal e, como tal, da própria existência mesmo, considerando-se, nas próprias palavras de Merleau – Ponty, que “das coisas ao pensamento das coisas, reduz-se a experiência”. (ibid, p. 142)

Destacam ainda GONÇALVES et al. (2008), que a conduta perceptiva será paradigmática na Filosofia de Merleau-Ponty, pois as relações com a situação que emergem da percepção, não são objeto de um puro sujeito de conhecimento, mas antes ainda o produto da ação do sujeito sobre o mundo, em seu ser corporal.

Para MERLEAU-PONTY (1999), a verdade que buscamos como a essência da percepção, estaria onde esta é carregada de sentido e não onde apenas é entendida como sensação de algo, sendo que a verdade a que a percepção poderia dar acesso está vinculada ao mundo. Ele compreende o **mundo** não como um objeto, mas como um meio natural e campo de todos os pensamentos e de todas as percepções explícitas, pois, “o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece”.

Nas próprias palavras de Ponty “A percepção não é uma ciência do mundo, não é nem mesmo um ato, uma tomada de posição deliberada, ela é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e que esses mesmos atos pressupõem”.

E acrescenta: “Não precisamos perguntar se nós percebemos verdadeiramente um mundo, é preciso dizer ao contrário: o mundo é aquilo que nós percebemos” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 6).

Finalizando este tópico, acrescentar-se-iam as próprias palavras de CHAUI (2000):

“A percepção se realiza num campo perceptivo e o percebido não está ‘deformado’ por nada, pois ver não é fazer geometria nem física. Não há ilusões na percepção; perceber é diferente de pensar e não uma forma inferior e

deformada do pensamento. A percepção não é causada pelos objetos sobre nós, nem é causada pelo nosso corpo sobre as coisas: é a relação entre elas e nós e nós e elas; uma relação possível porque elas são corpos e nós também somos corporais” (p. 231)

São estas perspectivas conceituais que orientaram este trabalho em seu caminho metodológico, desde seus instrumentos de coleta de dados até as suas possíveis interpretações e análise.

4.4 DOS INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

4.4.1 Instrumentos de coleta

THIOLLENT (1987), apoiando-se em Bourdieu, quando este afirma que toda técnica é uma ‘teoria em atos’, enfatiza que não existiria nenhuma coleta de dados sem pressupostos teóricos de modo que cada técnica metodológica já contém “instrumentos particulares cujo uso envolve instrumentos teóricos” (p. 44). Outro autor salientado é Bachelard, que destaca que na ‘Na ciência moderna, um instrumento é verdadeiramente um teorema reificado’. Assim, conclui que se pode considerar que, sejam os ‘teoremas reificados’ ou os elementos de ‘teoria em atos’, o pesquisador deve manter-se vigilante para com os usos das técnicas para evitar sua autonomização para com a teoria propriamente sociológica mas superando também o ‘mito do objetivismo observacional’.

Em relação à coleta de dados, YIN (2005) recomenda que certos princípios devam ser seguidos na realização de estudos de caso com alta qualidade, que seriam os da utilização de várias fontes de evidências; a criação de um banco de dados para o estudo de caso e ainda a manutenção de um encadeamento de evidências.

A Entrevista Semi Estruturada, Discussão de Grupo e a Pesquisa Documental - levantamento de dados secundários de caráter quantitativo (demográficos, indicadores e recursos de saúde, econômicos, prontuários, etc.) – foram consideradas os instrumentos de pesquisa mais adequados aos objetivos deste trabalho. Partiu-se da pesquisa bibliográfica já realizada sobre o tema proposto, e elencou-se assim seu referencial teórico, construindo-se paulatinamente seu objeto de pesquisa.

Procurou-se articular também a proposta da triangulação que significa a “sobreposição de uma análise unidimensional, alicerçada em índices da realidade, a uma análise multidimensional, ou do contexto. A análise realizada através desses pressupostos permite o estabelecimento de inter-relação entre os fatos, às falas e as ações dos indivíduos”, o que possibilitaria uma compreensão mais abrangente dos significados construídos socialmente na relação dos sujeitos com o meio. Assim, o desenho metodológico deveria compreender um levantamento de dados em fontes secundárias; o trabalho de campo e finalmente o trabalho de triangulação (ZIONI e SOUZA, 2005).

O instrumento de coleta de dados mais importante nos estudos qualitativos seria a narrativa dos entrevistados, obtida por entrevistas semi-estruturadas ou não estruturadas, segundo PONDÉ et al. (2009) .

Uma entrevista, assim como qualquer enunciação, é sempre direcionada a alguém. Diferente de um texto escrito, a entrevista é articulada no momento de sua enunciação e, sendo um discurso no qual duas pessoas se comunicam, deve ser considerado como um momento interativo. Não se trata de fala ‘natural’ consigo próprio ou com um membro do grupo de origem do narrador. O sujeito entrevistado fala com outro, sendo o interlocutor forte determinante do discurso que se origina, devendo, pois, ser considerado quando da análise da narrativa.

Para MINAYO (2004), um aspecto relevante da entrevista seria ainda o fato da fala ser reveladora “de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de

grupos determinados, em condições históricas, sócio econômicas e culturais específicas” (p. 109)

TRIVIÑOS (1987, p.146) salienta um aspecto importante da entrevista semi-estruturada, tendo em vista o espírito do método qualitativo: parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa. Em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante. Dessa maneira, o informante, seguido espontaneamente à linha do seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar do conteúdo da pesquisa.

Compreender e avaliar as práticas dos serviços de saúde a partir do interior, isto é, do ponto de vista dos usuários tem sido cada vez mais considerado no planejamento das intervenções. Cada vez mais, esse interesse pela dimensão das necessidades dos usuários e seu universo de sentidos, valores e práticas vem se tornando mais evidente (BARRIO et al., 2004). Abordagens que possam coletar e interpretar essas percepções têm sido discutidas e desenvolvidas por diversos autores.

A abordagem escolhida, para integrar esse “Estudo de Caso” foi a discussão em grupo ou “Grupo Focal” conforme já havia sido destacado na discussão da Metodologia nesse trabalho.

MINAYO (2004) consideraria essa técnica de inegável importância no tratamento sob o vértice social das questões da saúde ao estudar as representações e relações nos diversos grupos, sejam eles de profissionais ou da população ou mesmo dos vários processos de trabalho.

WESTPHAL et al. (1996) destacaram a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, suas possibilidades de apreensão do que pensam grupos de indivíduos sobre um determinado objeto em estudo, ou mesmo como ou porque pensam assim, como pontos fortes dessa abordagem. Além disso, a possibilidade da interação e observação no grupo em seus diferentes graus de consenso ou dissenso reforçaria sua pertinência ao processo investigativo.

WORTHEN et al. (2004), por sua vez, reforçaria a homogeneidade do grupo, em termos de sua composição, como um importante aspecto a ser considerado em sua pertinência no processo investigativo que pode facilitar sua interação e alinhar-se com o alcance dos objetivos do pesquisador, ao trabalhar com uma amostra intencional e homogênea.

A Discussão de Grupo deve ser valorizada também na abordagem qualitativa seja em si mesma, ou como técnica complementar, segundo MINAYO (2004).

Apoiando-se em Schrader (p. 129), a autora refere que determinados grupos sociais atingidos por situações e condições específicas, desenvolvem opiniões informais abrangentes que podem ser reveladas quando colocadas em intercomunicação entre seus membros. Isto porque, esses fatos, que atingem esses grupos específicos, acabam se impondo normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos.

Portanto, as opiniões, valores e relevâncias desses entrevistados, captados por meio dessa Discussão em Grupo, teriam uma função complementar importante em relação à observação participante e às entrevistas individuais.

Esta estratégia de coleta de dados, além de potencializar outras hipóteses de pesquisas em estudos complementares, poderia ainda ser usada para formularem-se questões mais precisas focalizando a pesquisa e complementar as informações sobre o conhecimento de determinado grupo específico em relação a suas crenças, atitudes e percepções.

A coleta de dados para a presente pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, no período de outubro de 2008 a julho de 2009.

A primeira etapa consistiu em pesquisa bibliográfica sobre o tema proposto, elaboração de roteiro para as entrevistas semi-estruturadas e visita exploratória ao campo de estudo, quando assim foram apresentados os objetivos da pesquisa aos gestores, gerentes e profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família que compuseram a população selecionada, que se detalhará mais adiante. Nessa fase foi realizada a observação de reuniões de matriciamento, de pelo menos uma reunião do psiquiatra da

unidade de apoio com as equipes do PSF de cada unidade referenciada. Foram reunidas todas as informações da rotina e disponibilidade para as entrevistas que foram então agendadas previamente, assim como agendadas as visitas e autorizações para a pesquisa documental. Alguns documentos foram cedidos pelos próprios gerentes das unidades envolvidas e outros envolveram banco de dados disponibilizados via Internet.

O roteiro de entrevista foi semi - estruturado e centralizado nas considerações teóricas iniciais. Combinou questões abertas e fechadas, abrangentes e específicas, diante dos temas propostos.

A segunda etapa constou da aplicação de entrevistas semi-estruturadas, com roteiro estruturado e diferenciado em função do grau e do tipo de participação do profissional entrevistado no programa. Assim, foram entrevistados na unidade de apoio, o gerente e o médico psiquiatra. (Anexos 1 e 4). Duas unidades referenciadas, participantes do programa, foram então selecionadas, de acordo com o grau de resistência ao programa (maior ou menor), percebido na etapa anterior, a partir das indicações do profissional psiquiatra. Foram realizadas então as entrevistas, com o gerente de cada unidade (anexo 1), um médico de saúde da família (anexo 2), os enfermeiros e um agente comunitário de saúde (Anexo 3), de cada equipe do PSF selecionada.

Nessa etapa foi também realizada entrevista em grupo com usuários voluntários convidados, com 11 participantes para cada unidade escolhida, compondo dois grupos. Os potenciais participantes foram detectados na etapa anterior, de acordo com a observação realizada. Os critérios de inclusão estão descritos mais adiante.

Também foram coletados dados quantitativos por meio de pesquisa documental, durante todo este período. Foram analisados e incluídos os registros de produção, documentos de caracterização das unidades, dados sócio – demográficos, a quantidade dispensada mensalmente de psico - fármacos nas unidades estudadas e prescritas pelos médicos envolvidos no programa durante o ano de 2008, os prontuários de usuários, as atas das

reuniões e demais documentos que servem de base para as tomadas de decisões pertinentes às unidades de saúde envolvidas.

As informações obtidas através da observação, dos contatos e das entrevistas realizadas nessas duas fases foram registradas através de anotações de diário de campo ou gravações em fitas cassetes e depois transcritas.

4.4.2. Análise dos dados coletados

Na análise dos dados procurou-se obedecer a três finalidades que resumidamente são destacadas, a seguir (BARDIN, 1988; MINAYO, 2004).

A primeira correspondeu ao valor heurístico mesmo, que, inserindo-se nesse contexto estimula a propensão às descobertas da pesquisa, junto do material coletado.

A segunda, que é chamada de ‘administração de provas’, encadeia hipóteses provisórias que apelam para a análise de suas evidências de forma sistemática com o intuito de confirmação ou rejeição.

A terceira consiste na ampliação da “compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens” (MINAYO, 2004, p. 198).

Na análise dos dados procurou-se adotar uma estratégia analítica geral que procurou corresponder e seguir as proposições teóricas já anunciadas, refletindo o conjunto das questões da pesquisa e a revisão da literatura pertinente e novas proposições ou hipóteses que pudessem ter surgido durante o desenvolvimento do trabalho (YIN, 2005, p. 141).

As evidências coletadas foram coletadas em ordem antes de realizar a análise de fato. Assim, procedeu-se a transcrição das entrevistas e do grupo de discussão e os dados coletados na pesquisa documental e registradas no diário de campo e em seguida esses dados sofreram uma primeira categorização e ordenação.

Adotou-se a técnica de análise de conteúdo para a investigação e tratamento do material coletado nas entrevistas transcritas, que “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 1988).

E de maneira mais completa, BARDIN, prossegue:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. (p. 31)

E, ainda, em relação ao campo ou domínio da análise de conteúdo, como qualquer conjunto de técnicas que:

“consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação (...) tem por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas, referentes à origem das mensagens tomadas em consideração (o emissor e seu contexto, ou, eventualmente o efeito dessas mensagens).”

Para MINAYO (2004, p. 203), a análise de conteúdo compreenderia em termos gerais, a articulação das estruturas semânticas significantes com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, pois se refere não só à superfície dos textos descrita e analisada conforme o processo de produção da mensagem, mas também às suas variáveis psicossociais e contexto cultural.

O conteúdo das entrevistas e do grupo focal foi analisado, codificado e depois decodificado, após sua “leitura flutuante”, que consistiu em se impregnar pelo contato exaustivo com todo o material. Tomou-se o tema como sua unidade categorial, compreendido aqui na acepção de BARDIN (1988), como:

“(...) o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (...) é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” (p. 105-106).

As unidades categoriais foram então elencadas, inicialmente em maior número e menor amplitude e depois reagrupadas, definindo-se leques interpretativos mais amplos, que permitissem uma melhor adequação aos marcos teóricos pertinentes à sua interpretação, dentro do trabalho proposto pela pesquisa.

Com esta perspectiva, acredita-se que as entrevistas, o levantamento de dados e as observações em campo, possam constituir os instrumentos de construção do conhecimento, mesmo levando-se em conta as suas limitações. Ao pesquisador, caberia buscar os mecanismos que garantam a maior proximidade possível entre conhecimento produzido e a realidade (ZIONI e SOUZA, 2005).

4.4.3. A População do estudo

No Estudo de Caso, pode-se dizer que a seleção da população para a coleta de dados, será constituída de uma amostra intencional não probabilística. Nesse caso, a abordagem não comportará ênfase na generalização, em relação á coleta de dados de natureza qualitativa.

Os critérios para seleção estarão diretamente associados aos atores envolvidos no programa a ser avaliado e que podem fornecer informações, consideradas importantes para o pesquisador.

MINAYO (2004) discorrendo sobre o tema, destacaria que se deve, nesse caso, buscar - se mais o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação, sendo a amostra ideal aquela que contivesse e fosse capaz de refletir a totalidade do objeto em suas múltiplas dimensões.

A autora recomenda alguns critérios básicos para a amostragem:

(a) definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação; (b) não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa; (c) embora desenhada inicialmente como possibilidade, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria; (d) prever uma triangulação, Isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de abordagem (MINAYO, 2004, p. 102).

E ainda, como consequência, a amostragem qualitativa:

(a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir certa

reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 2004, p. 102).

Tratando-se de um estudo com caráter qualitativo com amostra intencional, como já apontado, o número de entrevistados não obedeceu a critérios de probabilidade, mas sim, de aspectos como a recorrência das falas e dos atores cujas falas e percepções consideraram-se como pertinentes para um aprofundamento do caso em estudo.

Como já mencionada, a partir da Unidade sede e referenciada para o apoio matricial, foram escolhidas outras duas unidades (para um potencial efeito comparativo) que foram sugeridas pelo próprio médico psiquiatra: uma seria a de maior, e a outra a de menor resistência ao trabalho percebida pelo psiquiatra. Nessas duas unidades escolhidas realizou-se nova seleção com a escolha de duas equipes de PSF, levando-se em conta disponibilidade e a própria sugestão do gerente.

Nesse trabalho, a população selecionada foi composta pelo universo de 22 indivíduos, considerando – se entre as unidades que recebem apoio matricial, de 2 equipes inteiras de PSF, uma em cada unidade:

O gerente da Unidade Básica de Apoio. (01)

O Médico Psiquiatra da Unidade de Apoio. (01)

01 gerente de cada unidade contra - referenciada selecionada (02)

01 Médico do PSF de cada unidade selecionada (02)

01 enfermeiro do PSF de cada unidade selecionada (02)

01 agente Comunitário de Saúde de cada unidade selecionada (02)

01 Grupo de 08 Usuários e/ou familiares. (12)

Crítérios de inclusão para os participantes do grupo foram os de serem maiores de 18 anos, fora de período crítico ou agudo do transtorno mental, com tratamento psiquiátrico há pelo menos 03 anos, continuados ou não, e que receberam atendimento em outras unidades, em nível primário,

secundário ou terciário. Esses participantes foram escolhidos em conjunto com o médico psiquiatra do programa.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi avaliado e submetido para apreciação do Comitê de Ética da Universidade de São Paulo da Universidade de São Paulo e também ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, entidade sede da pesquisa. Estará sendo também cadastrada junto ao Conselho Nacional de Saúde na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Foram respeitados todos os princípios éticos consagrados na resolução 196/96 do CONEP. Foram tomadas todas as providencias no sentido da preservação da confidencialidade das informações e anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Todos os participantes do Programa foram informados sobre os objetivos e procedimentos deste estudo. Os gerentes foram convidados e permitiram a inclusão dos serviços, a pesquisa documental com a análise de prontuários e relatórios gerenciais, assim também quanto à participação dos profissionais e técnicos que foram convidados a participar. Todos esses submeteram – se às entrevistas, de maneira voluntária e somente após todas as explicações necessárias e suficientes, expressando seu consentimento de forma clara e por escrito através do termo de consentimento livre e esclarecido.

Aos usuários contatados para as entrevistas em grupo, também foram fornecidas todas as informações necessárias e suficientes, assim como o sigilo e necessidade da disponibilidade, sempre de modo a não representar qualquer ônus para seu estado de saúde, para poderem expressar seu consentimento livre e, quando foi o caso, foram acompanhados por seus familiares. Aqueles que consentiram em participar igualmente assinaram o

termo de consentimento livre e esclarecido e autorização para a investigação de prontuários.

O pesquisador deixou sempre claro para os participantes da pesquisa a sua condição pessoal de fazer parte do programa, embora não de forma direta, pois na época, era funcionário da Secretaria da Saúde em nível Gestor.

5. O CENÁRIO DO ESTUDO

5.1. O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Para o desenvolvimento desta pesquisa procurou-se, dentro do município de São Paulo, a região em que se identificou a implantação recente de uma estratégia de abordagem matricial na Atenção Primária em Saúde Mental, com ampla cobertura do PSF e que se considerasse problemática em relação à Atenção em Saúde Mental em termos de acesso e cobertura, antes dessa implantação.

A região escolhida foi a região delimitada como a da Supervisão Técnica de Saúde do M'Boi Mirim, conforme divisão técnica administrativa, na região Sul do Município e com características sócio-demográficas, culturais e econômicas, semelhantes a outras regiões populosas e periféricas no município.

O Município de São Paulo, em conjunto com as outras localidades que fazem parte da Região Metropolitana, compõe a quarta maior aglomeração urbana do mundo. Reunindo cerca de 10,9 milhões de habitantes, como estimativa populacional em 2009, a capital paulista é mais populosa do que países como Portugal, Suécia e Bolívia, ou Estados brasileiros como Paraná, Goiás e Ceará. O ritmo de crescimento populacional tem passado por mudanças significativas no decorrer das últimas décadas, com ritmo de queda acentuado, de 1,15% (1980) para 0,56% (estimativa período 2000 – 2008), tomando-se em conta a expressiva redução da taxa de fecundidade total no período e a inversão do fluxo migratório (SÃO PAULO, 2008).

Estima-se que, no futuro, o município apresentará redução gradativa em sua taxa anual de crescimento populacional, que deverá ser de 0,19% ao ano no período compreendido entre 2015 e 2020. Dessa forma, em 2020, a capital paulista contará com aproximadamente 11,2 milhões de habitantes.

Possui uma área total de 1.509, km²; e uma Densidade Demográfica em 2004 de 7.077,4 (hab./Km²), dividido administrativamente em 31 Subprefeituras e 96 Distritos Administrativos (SEADE, 2008).

Apesar de o contingente populacional total do município continuar crescendo, isso não ocorre de forma regionalmente homogênea. Segundo as projeções populacionais, entre 2000 e 2008, mais da metade dos 96 distritos da capital apresenta taxas negativas de crescimento demográfico, resultando na diminuição do número absoluto de habitantes residentes nessas áreas. Taxas positivas de crescimento populacional foram registradas em distritos mais afastados do centro, atingindo percentuais mais elevados nos extremos nortes, leste e sul da capital. Entre 2000 e 2008, os distritos de Anhangüera, Cidade Tiradentes e Parelheiros mantiveram ritmos de crescimento elevados e foram os que apresentaram as maiores taxas de crescimento populacional do município, com índices de 7,9%, 4,6% e 4,1% ao ano, respectivamente (SEADE, 2008).

Esses dados ganham importância aqui, na medida em que traduzem o impacto causado nas condições de vida dessa população e a utilização de serviços de Saúde, entre outros e acabam influenciando fortemente as políticas públicas voltadas para esses contingentes populacionais, principalmente o setor Saúde.

O PIB do Município de São Paulo, cujo tamanho é comparável ao do Chile, é maior que o de qualquer Estado do Brasil, exceto o de São Paulo, para o qual contribuiu em 2005, com 36,2%.

Seus contrastes sociais são notáveis, ao considerar, por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (2000)⁸, nas diversas regiões do município – 96 distritos administrativos – quando consideradas as variáveis taxa de mortalidade infantil, renda e taxa de alfabetização combinada com anos de estudo do chefe de família.

Esses índices variaram em 2000, de 0, 884 na região de Pinheiros, para 0, 245 no extremo sul do município em Parelheiros.

⁸ IDH: O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa que engloba três dimensões: riqueza, educação e esperança média de vida. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população. O índice foi desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no seu relatório anual.

Em relação à Saúde, as mesmas desigualdades são observadas conforme apontam as informações contidas no Índice Saúde⁹, que mostra a ordenação das Subprefeituras segundo o Índice-Saúde nos cinco anos em que foi produzido. Observou-se que as três primeiras posições sempre foram ocupadas por Pinheiros, Vila Mariana e Lapa, sendo que estas últimas invertem a posição no último ano. As Subprefeituras da Vila Prudente, Sé e Guaianases, que até o Índice-Saúde 2004 apresentavam ascensões sucessivas por todo o período 2001-2004, mostraram reversão em 2005. Por outro lado as Subprefeituras da Mooca, V. Maria/V. Guilherme, Pirituba/Jaraguá, Freguesia/Brasilândia e Cidade Tiradentes apresentaram padrão oposto com quedas no período anterior interrompida em 2005 e apenas Parelheiros manteve a última posição após quedas sucessivas por todo o período (CEINFO, 2006).

É de se destacar que, de forma geral, os indicadores de saúde para todo o município estejam com destaques positivos, a saber, Coeficiente de Mortalidade Infantil, Neonatal, Razão de Mortalidade Materna, porcentagem de Mortalidade Precoce (< 60 anos) por Diabetes, por AVC, por Homicídios e por Atropelamentos, Pneumonia em Idosos e as doenças de notificação compulsória (CEINFO, 2006).

5.2. A SECRETARIA DA SAÚDE – GESTÃO E RECURSOS DE SAÚDE

Afastado do SUS, nas Gestões Maluf – Pitta (1992- 2000), o Município só vai se habilitar para a Gestão Plena do Município, pela Portaria GM nº. 1399 / em 22 de julho de 2003.

⁹ O Índice-Saúde é um dos componentes do Painel de Monitoramento da SMS (http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/painel_monitoramento/0002).

Extinto o Plano de Assistência à Saúde (PAS), no início da Gestão Marta Suplicy, em 2001, a Secretaria da Saúde começará a conformar a sua atual organização administrativa. A Coordenação Geral da Atenção Básica, de nível central, foi complementada com cinco Coordenadorias Regionais, divididas, geográfica e administrativamente por Supervisões Técnicas de Saúde. Houve, portanto uma desconcentração administrativa na Secretaria Municipal da Saúde com o intuito de aproximar-se mais da área sob sua coordenação.

A partir então da gestão Marta Suplicy (2000 – 2004), até agora, a Prefeitura do Município, tem investido na área da saúde com a implantação do Programa Saúde da Família, reforçando de maneira geral a Atenção Básica, com a implantação de novas unidades.

A estimativa da população coberta em janeiro de 2003, somava 1.673.250 de habitantes, com 485 equipes implantadas correspondendo a 15,94% de cobertura proporcional. No mês de Janeiro de 2009 esses números já se alteraram substancialmente com o incremento da ESF para 850 equipes implantadas, com cobertura populacional estimada em 2.932.500 de habitantes, correspondendo a 26,68% de cobertura populacional proporcionalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009c).

O modelo de gestão para a implantação do PSF no Município foi o de parcerias com entidades parceiras, denominadas Organizações Sociais, pois a Secretaria Municipal de Saúde entendia não ser possível assumir tal compromisso sozinha. Essa implantação foi conduzida de forma pactuada, mediante convênios com diversas entidades, inclusive de ensino, de modo a apoiarem a capacitação das novas equipes ao se distribuírem nos mais diversos distritos da cidade (INOJOSA, 2003).

Essas entidades parceiras conservaram a própria identidade, dispondo-se a operar de modo cooperativo com outros entes igualmente autônomos, para isso planejando, avaliando ações em comum e realizando-as de forma complementar ou suplementar uns aos outros. A rede não impede que cada ente continue a desenvolver os seus próprios objetivos. (INOJOSA, 2003).

Em relação aos recursos disponíveis em Saúde Mental, o Município conta hoje, no nível terciário de atenção, com um dos mais baixos índices de cobertura leitos de psiquiatria/ habitantes em relação à média nacional, média essa, que já se apresenta com proporções menores ainda em relação à média mundial. CNES (2009);WHO (2005).

Considerando a população total, ou seja, para uma estimativa de 10.900.000 habitantes em 2010 (SEADE, 2009), a cidade conta com apenas, em termos de SUS, 643 leitos psiquiátricos tradicionais entre entidades públicas e privadas – filantrópicas e 272 leitos em hospitais gerais, perfazendo um total de 915 leitos, ou seja, 0,83 leitos / 10.000 hab.¹⁰ (Secretaria Municipal de Saúde – não catalogado).

Fruto da política de desospitalização, esse fato ocasiona um déficit no nível de Atenção, considerando a ausência de uma rede extra-hospitalar mais integrada e adequada na cidade.

Compondo uma imagem comparada, o Estado de São Paulo apresentaria como índice médio de cobertura hospitalar psiquiátrica o valor de 3,4 leitos/ 10.000 hab.; no Brasil a média seria de 2,3 leitos/10.000 hab. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) – esses valores devem estar um pouco mais reduzidos hoje ainda - e o Ministério da Saúde preconiza o valor de 4,5/10.000hab. Outros países apresentam outros valores como, na Itália - 4,63 leitos/10.000 hab., no Reino Unido 5,8 leitos/10.000 hab. e a Noruega 12 leitos/10.000 hab. (WHO, 2005).

Pode-se afirmar que esse baixo índice de cobertura hospitalar ocasionaria uma sobrecarga importante nos Serviços de Emergências Psiquiátricas gerando prejuízo na assistência aos casos mais graves nos surtos agudos desses transtornos.

Os Serviços de Emergências Hospitalares que contam com serviços psiquiátricos de emergência e retaguarda, somam 13 Serviços.

Em março de 2009, o nº de solicitações de internações em hospitais psiquiátricos que atendem ao município, a partir dos serviços de emergências,

¹⁰ Dados obtidos a partir de consulta à Secretaria Municipal de Saúde – Coordenação da Atenção Básica – Saúde Mental em agosto de 2009

chegou a 1136, dos quais 714 não haviam sido atendidos por falta de vagas, ou seja, 62,85% dos pedidos não puderam ser atendidos. Os pedidos para internação masculina representaram 670 e para a população feminina chegaram a 465. Dos pedidos não atendidos, 245 casos eram relativos a pedidos de 1ª internação¹¹.

Em fevereiro de 2009, o município contava com 55 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos desigualmente considerando a proporção população/ nº de unidades: na região Centro – Oeste 07 unidades; Leste com 13; Norte com 09; Sudeste com 14 e 10 Unidades na Zona Sul.

Em relação ao tipo de CAPS definido pela Portaria n.º 336/GM/19/02/2002, a cidade conta com 26 unidades de Adultos, 12 da Infância e 17 para usuários de Álcool e Drogas. Desses, 19 CAPS encontram-se na Gestão por parcerias e 36 são gerenciados em Administração direta.

O Ministério da Saúde utiliza um dos poucos indicadores de avaliação em Saúde Mental tendo em conta o nº de CAPS implantados em determinada região/população, denominada Taxa de cobertura CAPS/ 100 mil habitantes. Na composição do índice, o tipo de CAPS I, II ou III tem valor ponderado, com maior valoração o CAPS III, de funcionamento 24 horas.

Seu método de cálculo compreende a seguinte fórmula e os seguintes parâmetros:

$$\frac{[(n^{\circ} \text{ de CAPS I} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{ de CAPS II}) + (n^{\circ} \text{ de CAPS III} \times 1,5) + (n^{\circ} \text{ CAPSi}) + (n^{\circ} \text{ CAPS AD})]}{100.000} \times \text{População}$$

- ✓ Cobertura muito boa (acima de 0,70)
- ✓ Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69)
- ✓ Cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49)
- ✓ Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34)
- ✓ Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20) ¹²

¹¹ Fonte: Base de dados da central de regulação de leitos, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS.

¹² Fontes: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS Saúde Mental em dados 5 Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Ano III, nº 5, outubro de 2008

Em relação a este indicador o município apresenta: **0,51** como **Taxa CAPS/100.000hab.**, considerada, portanto, como **de regular a boa** (março 2009). Em Outubro de 2007, a média nacional situava-se em 0,47.

Soma-se a essa rede, equipes fragmentadas e mal distribuídas pelas diferentes Unidades Básicas de Saúde, com nível baixo de integração entre esses diferentes níveis de Atenção.

Constituem – se esses dispositivos, portanto, em uma rede, ainda incipiente e fragmentada de Atenção em Saúde Mental, que produz iniquidades, principalmente para a população de pacientes com transtornos mais graves e persistentes que necessita de cuidados contínuos.

5.3 A REGIÃO DA SUPERVISÃO TÉCNICA DO M'BOI MIRIM

A região da Supervisão Técnica do M'Boi Mirim, região administrativa da Secretaria da Saúde, subordinada à Coordenadoria Regional de Saúde Sul, recebeu a implantação , em abril de 2006, do programa que será objeto de nossa pesquisa. Sua cobertura proporcional em termos da ESF é total.

Essa região compreende os distritos administrativos das Subprefeituras do Jardim Ângela e do Jardim São Luís, na região sul da cidade.

Tomando – se por base as informações constantes nos sistemas de informação “Sistema de Informação da Atenção Básica” (SIAB) e “Sistema Integrado de Saúde” (SIS), estima-se que a população cadastrada da região é de 588.854 habitantes distribuídos em 168.664 famílias cadastradas (SIAB junho/2009). Dessas, 101.250 pessoas possuem plano de saúde, representando 17,19% da população coberta.

As UBS cadastraram as famílias adstritas à sua área de atuação por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a utilização da Ficha A do SIAB, permitindo a caracterização demográfica e socioeconômica da comunidade.

Essa população está distribuída em 62,1 km², ou seja, 9.463 hab./km². Para efeitos comparativos, no Município de São Paulo, a densidade populacional é de 7.286,3 hab./km² (SÃO PAULO, 2008).

O sexo feminino representa 52,48% e o masculino 47,52%. As crianças menores de 1 ano (7.323) representam 1,27 % da população e as menores de 5 anos (45.910) representam 7,79%. A população feminina com mais de 15 anos é de 232.563 que corresponde a 75,26% do total de mulheres.

Em relação ao Perfil Sócio - Econômico, com 167.204 domicílios habitados (CEJAM, 2007), os distritos administrativos Jardim Ângela e São Luís possuem conjuntamente, cerca de 270 favelas, com 26% de sua população nelas residente e 4.882 domicílios distribuídos em 34 áreas de risco – grande parte dentro da área de manancial. 46% dos chefes de família têm de 1 a 5 anos de estudo e 63,32% deles recebe até 3 salários mínimos.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0, 421. Só em termos de comparação em nível mundial, a Noruega e Islândia (Europa) têm IDH de 0, 968; o Brasil ocupa uma posição intermediária, com IDH de 0, 800, e no final do “ranking” mundial, Serra Leoa, na África, apresenta um IDH de 0, 336 (o último no ranking mundial). O IDH tem como objetivo expressar a qualidade de vida nos países e locais em que é calculado. Portanto, observando o IDH de M’Boi Mirim, percebemos que ele está mais próximo de Serra Leoa do que mesmo na média nacional (PNUD BRASIL, 2009).

A análise de seu perfil epidemiológico demonstrou a prevalência de Hipertensão Arterial (9,55%) e Diabetes (2,60%) na população maior de 15 anos. Os Portadores de Deficiência, 4.406 casos referidos, (número subestimado, em decorrência de causas diversas que inclui o preconceito). O alcoolismo, 2.240 casos referidos, também é dado subestimado por motivos semelhantes¹³.

¹³ Fonte: SIAB junho / 2009.(Sistema de Informações da Atenção Básica, Ministério da Saúde)

Considerando a Mortalidade Geral, as principais causas de óbito na Microrregião M'Boi Mirim no ano de 2006 estão representadas por: Doenças do aparelho circulatório 30,37% ; Neoplasias (15,77%) e Causas Externas (15,46%). (CEJAM, 2007)

Em relação ao Índice Saúde, medido e comparado às 31 Subprefeituras do município, a Microrregião M'Boi Mirim, partiu da 31ª posição em 2003, para a 28ª posição nos anos 2004 e 2005 (PMSP, 2006a).

O Coeficiente de Mortalidade Infantil, embora superior ao Índice do Município de São Paulo, vem decrescendo. O mesmo comportamento vem sendo observado com o Coeficiente de Mortalidade por Causas Externas e Coeficiente de Incidência de Tuberculose (PMSP, 2006b)

A análise do perfil sócio epidemiológico da Microrregião M'Boi Mirim aponta como principais problemas de saúde passíveis de serem enfrentados pelo Sistema Local de Saúde: elevados Índices de Mortalidade Infantil e por Doenças Crônicas não Transmissíveis em menores de 60 anos; elevada Taxa de Mortalidade por Causas Externas, muitas vezes vinculadas ao Uso de Alcool e Drogas; Morbimortalidade significativa por Câncer Ginecológico (Mama e Colo de Útero); elevada Taxa de Gestação Precoce não Planejada; elevada Taxa de Incidência de Tuberculose e outras Doenças de Notificação Compulsória (Sífilis Congênita, AIDS, Dengue, Leptospirose e Doença Meningocócica); grande Número de Portadores de Deficiência como Doença Referida pela População (CEJAM, 2007).

A população da Microrregião M'Boi Mirim foi distribuída em micro-áreas e áreas agrupadas em UBS através de processo de Territorialização considerando setores censitários e áreas homogêneas.

Este processo de territorialização, dinâmico por natureza, fez com que diversas adequações fossem realizadas, ao longo do tempo, determinando modificações na área de abrangência dos diversos Serviços de Saúde e conseqüentemente, na origem da demanda das diferentes Unidades de Saúde.

A região conta com uma rede de 30 UBS/PSF, perfazendo 100% da população coberta pela ESF; 09 AMAS; uma UBS tradicional; dois CAPS, um

de Adultos – inaugurada em abril de 2006 - e um CAPS, Álcool e Drogas; um CECCO (Centro de Convivência); 01 Ambulatório de Especialidades; 01 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas); 02 Hospitais Gerais e 01 Hospital Psiquiátrico Tradicional.

5.4. DESCRIÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA

Em abril de 2006, a Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a Coordenação Regional de Saúde Sul e com a parceria da Organização Social Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, implantou um CAPS Adulto no Distrito do Jardim Ângela, e, ao mesmo tempo, associou a contratação de cinco psiquiatras para comporem as equipes das Unidades Básicas de Apoio.

Foi realizado um amplo trabalho prévio de sensibilização junto aos gestores e gerentes de todas as unidades envolvidas, com reuniões de planejamento e deliberação quanto aos aspectos práticos da implantação, a formação da grade de referência e contra-referência. Finalmente procedeu-se à apresentação final com todos os profissionais contratados, entidades parceiras e demais profissionais de toda a região da supervisão técnica envolvida.

Essas equipes teriam como objetivo a implantação de um sistema microrregional de Saúde Mental integrado com o propósito de oferecer um programa de educação permanente, apoio e assistência às unidades básicas referenciadas de acordo com a área de abrangência das mesmas. Cada psiquiatra (com 20 horas semanais) deveria dispor de 20 % de sua carga horária (4 horas/semana) em atividades de matriciamento e de apoio/supervisão às equipes do programa saúde da família sob sua responsabilidade. O restante dessa carga deveria ser dedicado ao atendimento direto da população assistida, encaminhada aos mesmos.

Implantou-se, assim, um sistema de apoio que viesse integrar-se, melhorar o acesso e reorganizar ações de saúde mental na ESF da região, compreendendo o nível primário, o nível secundário – CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas – e o terciário, composto pelo Hospital Municipal do Campo Limpo (que referencia a região para as emergências e internações psiquiátricas) e o Centro de Convivência Guarapiranga.

A distribuição dessas unidades compôs uma grade de referencia e contra - referência, com 06 subsistemas em Saúde Mental, que abrangeu toda a região conforme mostra o Quadro 1, com destaque para o microssistema selecionado:

Quadro 1 - Distribuição das Unidades de Apoio Saúde Mental/STS M'BOI MIRIM

UNIDADE DE APOIO	UBS
Jardim Herculano (Psiquiatra)	Alto do Riviera Aracati Ipava Santa Lúcia Capela Parque do lago
Jardim Souza (Psiquiatra)	Santa Margarida Nakamura Kagohara Novo Caminho
Jardim Thomas (Psiquiatra)	Chácara Santana Novo Jardim Zumbi dos palmares
Jardim Guarujá (Psiquiatra)	Paranapanema Chácara Santa Maria Caiçara Parque Novo Santo Amaro Vila Calú
Jardim Alfredo (Psiquiatra)	Figueira Grande Coimbra Horizonte azul Vera Cruz Vila das Belezas
Jardim Brasília (Psiquiatra)	Parque Santo Antônio Celeste

Fonte: Supervisão técnica do M' Boi Mirim/ MAR/09

Foram escolhidas de acordo com facilidades de acesso e disponibilidade de contatos do autor, a unidade básica de apoio UBS Jardim

Herculano e suas unidades básicas referenciadas UBS Alto do Riviera e UBS Cidade Ipava; Jardim Aracati; Jardim Santa Lucia; Jardim Capela e Jardim Parque do Lago como o microsistema de serviços a ser investigado.

Como já salientado, o medico psiquiatra sediado na unidade básica de apoio Jardim Herculano, contratado para o programa, deveria assistir a população de abrangência dessa unidade e a de suas referenciadas e também responsabilizando – se, com 20% de sua carga horária para atividades de matriciamento e de educação permanente para as equipes integrantes da ESF dessa região, nas já mencionadas unidades básicas.

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 DA PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental ocupou-se de dados coletados a partir de relatórios gerenciais das unidades pesquisadas, documentos da Secretaria Municipal de Saúde, relatórios do CEINFO (SMS) e TABNET - DATASUS, portarias do Ministério da Saúde, prontuários e planilhas, levantamento quantitativo de prescrição de medicamentos psicotrópicos pelos médicos das unidades selecionadas e demais documentos pertinentes. Alguns documentos não são catalogados.

Esse levantamento foi realizado principalmente com o intuito de contextualizar e corroborar (ou não) as diversas informações e achados trazidos pelas percepções dos profissionais e usuários entrevistados.

O levantamento foi subdividido de acordo com as unidades selecionadas: Apresentação e Histórico; Caracterização da área de abrangência; Perfil Programático e de Atenção; Integração com outros serviços da saúde; Estrutura e Recursos Humanos; Alguns Indicadores de Produção e Perfil de Prescrição de Psicotrópicos e Principais Desafios relatados.

As três unidades foram selecionadas de acordo com o programa de apoio à saúde mental, pois guardam relação estreita como referência e contra-referência no microssistema de apoio/matriciamento em Saúde mental da região de abrangência do Jardim Ângela, que junto do Jardim São Luís formam a Supervisão Técnica de Saúde do M'Boi Mirim, já descritas.

Foram então selecionadas as Unidades Básicas Jardim Herculano (Unidade de Apoio c/ Psiquiatra) e as Unidades de Cidade Ipava e do Alto do Riviera.

6.1.1 Apresentação e histórico

As três unidades de saúde guardam semelhanças em seu surgimento, segundo os documentos, por força de movimentos sociais da região. A mais antiga é a de Jardim Herculano - inaugurada em 1985 -, seguida pela UBS do Alto do Riviera – em 2001 – e finalmente a mais recente, inaugurada em 27 / 03/ 2008, a UBS Cidade Ipava, que passou a ocupar o prédio de outra UBS que se mudou para a Região do Jardim Aracati.

A UBS Jardim Herculano, a mais antiga, é também a maior e com perfil mais tradicional de Atenção Básica. Não possui somente a Estratégia Saúde da Família (ESF), que é representada por apenas 02 equipes completas, mas também possui outros profissionais e é referência para Saúde Mental, Pediatria e Ginecologia, além de possuir um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR). Seu horário de atendimento ao público é distinto de outras Unidades de Saúde, pois atua 12 horas diárias ininterruptamente, no período das 07 h: 00 às 19 h: 00, enquanto as outras unidades atuam das 07 h: 00 às 17 h: 00.

As da Cidade Ipava e a do Alto da Riviera são unidades com perfil totalmente alicerçado na ESF.

Essas unidades foram pioneiras, na região e no município, a se integraram ao Projeto Qualis, que implantou a ESF no município, em iniciativa do Governo Estadual, que, pelo menos, desde o ano de 2000, organizaram-se no modelo da ESF.

Todas as três unidades estão hoje sob a gestão direta da Organização Social Cejam – Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim, entidade filantrópica privada e sem fins lucrativos.

6.1.2 Caracterização da área de abrangência. O Território.

As UBS do Jardim Herculano e a do Alto da Riviera destacam em sua apresentação, que a região do Jardim Ângela – onde estão inseridas - já foi

considerada pela ONU como a região mais violenta do mundo, no final dos anos 90.

Entre 1999 e 2005, desenvolveu-se na região um movimento social muito intenso, pelo qual as associações comunitárias mobilizadas em conjunto com o Governo Estadual e Municipal, lograram um declínio de mais de 50% nesses índices de violência.

De acordo com a Fundação SEADE, citado em CROWE e FERREIRA (2006) que, em importante artigo publicado, descrevem todo este movimento do Jardim Ângela, a taxa de homicídios caiu de 118,31(a maioria de jovens de 15 a 25 anos), em 1996 para 64,5 por 100.000 habitantes, em 2004. Os autores ainda relatam a criação, em 1996, do Fórum em Defesa da Vida pela Superação da Violência, como uma rede social comunitária que conseguiu mudar o retrato da violência dessa região, em um trabalho integrado com os governos municipal e estadual. Segundo os mesmos autores, é consenso entre os movimentos da região, a importância das pequenas ações da sociedade civil organizada com os governos para a queda desses índices.

Citam, como exemplo, a implantação do Programa Saúde da Família com seus mais de 400 ACS visitando e cuidando das famílias, como um dos determinantes da queda dos índices de violência (CROWE e FERREIRA, 2006, p. 91).

No Brasil, o termo *território* vem sendo utilizado na área da saúde desde a década de 80, nos processos de Reforma Sanitária, principalmente quando o conceito foi emprestado das ciências sociais e reelaborado quando do processo de descentralização das ações de saúde através da intervenção sanitária no nível local aproximando-o assim do interesse do campo da saúde em geral.

Foge das intenções do trabalho discutir o conceito de Território, mas apenas o abordaremos tangencialmente na perspectiva de MENDES (1993), ressaltando que não entendemos esse recorte realizado aqui apenas com a dimensão de uma mera divisão administrativa.

Pois, para o mesmo autor, o conceito seria apresentado por meio de duas principais formas conceituais onde, em uma primeira abordagem,

impregnar-se-ia este conceito pela definição de distrito sanitário com uma visão “topográfico-burocrática”, na qual o território é apenas um espaço físico, dado e completo. Mendes prefere compreendê-lo de outra maneira, com a ideia de um distrito sanitário como processo, pois, define-se “o território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em se tencionam sujeitos sociais postos na arena política” (MENDES, 1993, p. 166).

O distrito sanitário compreendido pelas unidades selecionadas apresenta, em relação ao nº de famílias cadastradas (março de 2009), 1.986 famílias para a UBS Jardim Herculano e 7.546 habitantes cadastrados; 4.077 famílias para a UBS Cidade Ipava e 15.127 hab. e 4.160 para a UBS Alto do Riviera para 15.621 habitantes, conforme fica mais bem apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Famílias cadastradas versus habitantes cadastrados

	Famílias Cadastradas	Habitantes Cadastrados
UBS Jardim Herculano	1.986	7.546
UBS Alto do Riviera	4.160	15.621
UBS Cidade Ipava	4.077	15.127

Fonte: SIAB, março 2009

Esses valores cadastrais estão situados quase no limite dos preconizados pelas diretrizes nacionais da Atenção Básica, e um pouco acima em Cidade Ipava.

Estas diretrizes preconizam que para a “UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica” (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2006b, p.20)

A responsabilidade de cada equipe da ESF seria para cada 600 a 1000 famílias adstritas por área de abrangência, considerando – se então as duas equipes na UBS Jardim Herculano, cinco para a do Alto da Riviera e quatro para a de Cidade Ipava.

O critério deve ser mais flexível em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. p.12)

As três regiões de abrangência, até pela proximidade geográfica, guardam as mesmas características sociais e demográficas. Seus contrastes são notáveis, apresentando áreas de invasão e favelas, de ocupação mais recente, ao lado de antigas propriedades como chácaras, ainda do primeiro período de ocupação, como pontos de lazer para famílias abastadas de São Paulo que tinham na Represa do Guarapiranga um referencial de lazer importante.

Em relação ao tratamento de água em casa, os números para as três regiões de abrangência variam de 30,63 % (alto do Riviera) até 13,12% Cidade Ipava até ***sem qualquer tratamento de água no domicílio.*** ***(destaque do autor)***

O tipo de moradia encontra piores índices na região do Alto do Riviera onde, aproximadamente, 3,0% das moradias são construídas com madeira, taipa ou outro material aproveitado, concentrando, portanto um maior número de favelas.

Em relação ao número de crianças de 7 a 14 anos na escola, encontram-se os piores números em Cidade Ipava com quase 5% das crianças dessa população fora da escola. Os analfabetos (acima de 15 anos) somam perto de 7% na UBS Alto do Riviera, 5% na Cidade Ipava e 4% na área de abrangência da UBS Jardim Herculano.

As três regiões possuem perto de 99,99% de coleta pública de lixo e quanto ao sistema de esgoto, encontra-se ainda na região da Cidade Ipava, aproximadamente 0,34% dos domicílios com destino de dejetos e urina a céu aberto.

O relatório da Cidade Ipava relata ainda a “carência no Transporte público, escassez nas áreas de lazer e programação cultural, falta de saneamento básico e de acesso à formação escolar de qualidade”.

Alguns desses índices, que podem ser considerados como básicos podem melhorar em virtude do trabalho realizado na ESF. Como diretrizes apregoadas, entre seus objetivos gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997.) estão o de:

“contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”. (p. 10)

E ademais, figuram entre os específicos:

“prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita; Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta e eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde”. (p.10)

Aproximadamente até 15% dos habitantes possuem algum tipo de cobertura suplementar de saúde, para as três regiões.

6.1.3. Perfis programáticos de atenção

Como já colocado, as Unidades selecionadas possuem perfil programático e de atenção conforme a ESF, em duas delas consideradas como “puras” – só com equipes de ESF - e a do Jardim Herculano que seria considerada mista, pois também abriga na mesma unidade uma UBS tradicional.

Seus documentos de apresentação referem que todos os habitantes da área adstrita à UBS são clientes-alvo. Contempla-se a população total de crianças, adolescentes e adultos, mas se prioriza o atendimento às gestantes, crianças menores de 02 anos de idade, idosos, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase, conforme preconizam as diretrizes (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2006b, p.11)

Por ser unidade mista, a UBS/PSF Jardim Herculano é ainda referência em Psiquiatria, Ginecologia, Pediatria, Fisioterapia e Fonoaudiologia e atende desta forma, populações de áreas adstritas a outras Unidades de Saúde.

Com exceção da UBS Jardim Herculano, que apóia o matriciamento, nenhuma das unidades refere alguma atenção em Saúde Mental.

Seus relatórios apontam o nº de diabéticos, gestantes, hipertensos hansenianos, crianças menores de cinco anos e pessoas com Tuberculose acompanhadas.

Os programas especiais ainda destacados são os do Remédio em Casa, Oxigênio em Casa, Monitoramento Glicêmico com kit, Mãe Paulistana, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e ainda o Programa de Combate à Obesidade e Sobrepeso (UBS Herculano).

Entre as principais atividades e ações destacam-se nos folders de todas as unidades: Consultas médicas e de enfermagem, agendadas e de demanda espontânea; Grupos educativos; Visitas domiciliares realizadas por equipe multiprofissional; vacinação; curativos; inalação; prevenção do câncer do colo uterino: Papanicolau ou Teste Imunológico de Gravidez; aferição de PA; teste de Glicemia Capilar; coleta de exames laboratoriais; atendimento odontológico e RX; (UBS Jardim Herculano); diagnóstico precoce de fenilcetonúria (PKU); retirada de pontos; administração de medicamentos; dispensação de medicamentos; tratamento supervisionado de Tuberculose.

A UBS da Cidade Ipava vai ainda destacar o atendimento de procura do dia (demanda espontânea); assistência médica e de enfermagem através das consultas agendadas, encaminhamento, socorro e procedimento e vigilância à Saúde.

O documento de Cidade Ipava destaca ainda que “segundo as diretrizes de ESF, a população inscrita em programas encontra-se distribuída da seguinte forma”:

Quadro 2 – Prioridades da ESF e número de pessoas:

Prioridade da ESF	Nº de pessoas
Crianças menores de cinco anos	1.102
Diabéticos	381
Gestantes	150
Hanseníase	02
Hipertensos	1.318
Pessoas com tuberculose	02

A forte orientação normativa realizada por meio de programas especiais, de acordo com os principais perfis epidemiológicos e grupos especiais vulneráveis, não poderão de alguma forma limitar a ação dessas unidades a escopo de ações pouco resolutivo e demandar na área de atenção à saúde um aporte de ações mais especializadas? Principalmente quando se pensa em uma cobertura de 80% das necessidades de saúde da população na Atenção Primária de Saúde? Por que não são preconizadas ações e programas para saúde mental, visto seu perfil epidemiológico?

6.1.4. Integração com outros recursos de saúde

Em relação ao tema de integração com outros recursos de saúde, certa maneira de ver a Atenção Primária, chama a atenção para o seu aspecto integrador, como porta de entrada do sistema de saúde, como bem destaca STARFIELD (2002):

Em sua forma mais altamente desenvolvida, a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o locus de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo (grifo do autor). Existe ainda a crença predominante de que a essência da atenção primária é fundamentalmente simples. (p. 9)

E tendo em vista o enfoque na atenção prestada, propriamente dita, pelo médico ainda acrescenta:

Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde. (p. 9)

Para STARFIELD (2002, p. 63) a integralidade obrigaria as unidades de atenção primária a coordenarem os fluxos de atenção, para que o paciente possa receber os mais diversos tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo na ausência desses ao nível local. Isto implica o encaminhamento adequado aos serviços secundários para consultas especializadas ou terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para os de suporte fundamental, tais como internação domiciliar e outros.

Os diversos folders de apresentação evidenciam a importância da prática do referenciamento quando se verificam as necessidades de assistência em outros níveis de atenção ou em outros serviços, cumprindo assim alguns aspectos da Integralidade.

Assim, esses serviços no microssistema de saúde são listados como se seguem, para todas as unidades: AMA Jardim Alfredo (Urgências); Hospital Municipal M'Boi Mirim (Emergências/Maternidade/Laqueadura); UARS Jardim Ângela (Vasectomia); AMA Especialidades Jardim São Luiz; AMA Especialidades Capão Redondo; Ambulatório de Especialidades Ibirapuera; CEO Parque Santo Antonio; UBS Parque do Lago (Pré-Natal Alto Risco); CAPS Jardim Ângela; CAPS II Adulto M Boi Mirim e Hospital Nossa Senhora do Caminho (Hospital Psiquiátrico).

Existiria para o caso da UBS Alto do Riviera, a Casa Sofia (entidade da sociedade civil local no atendimento da Violência doméstica e sexual) e a própria UBS Jardim Herculano para referência em psiquiatria (estranhamente a Cidade Ipava não menciona o serviço). E a Casa do Adolescente e o CECCO Parque do Guarapiranga como referências adicionais para a UBS cidade Ipava.

A regulamentação da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde leva em conta outros aspectos da Integralidade, quando afirma que efetivar a integralidade é poder integrar as ações programáticas e a demanda

espontânea; realizar a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenar o cuidado na rede de serviços. Trata-se de um conceito mais ampliado e mais complexo (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2006a, p. 11).

O encaminhamento deve ser realizado pelo médico da equipe da USF, de acordo com a mesma portaria, que estabelece, entre as demais funções do médico, “a de encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referências locais e mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;” (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2006b, p. 45).

STARFIELD (2002) adverte, porém, que as portas de entrada podem ser utilizadas para dificultar a utilização de especialistas, levantando, assim, a possibilidade de que a atenção necessária seja negada, adiando-a e gerando uma atenção inadequada e insuficiente. (p. 221)

Outro importante destaque em seu trabalho, é o fato de que o acesso aos vários níveis de Atenção pode ser desencadeado por distintos atores: enquanto o uso da Atenção Primária seria desencadeado majoritariamente pelos usuários, existe uma tendência ideal que o uso da Atenção Secundária e da Terciária sejam principalmente desencadeados pelos profissionais STARFIELD (2002).

No relatório apresentado pelo Jardim Herculano para 2009, está documentado a predominância de um conceito mais amplo e de acordo como os documentos oficiais do Ministério da Saúde¹⁴.

Em consonância com as estratégias e instrumentos decorrentes da reorganização das políticas públicas de saúde (Pacto pela Saúde), a Unidade Básica de Saúde desempenha papel fundamental nos fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, servindo como a “porta de

¹⁴ Unidade Básica de Saúde Jardim Herculano, estratégia Programa Saúde da Família, relatório de gestão [Perfil] 2009. São Paulo, CEJAM, 2009 .

entrada” para os demais níveis de complexidade assistencial, atendendo as demandas e necessidades através das ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto a nível individual quanto coletivo (família e diferentes grupos inseridos na comunidade local), de maneira integral e contínua, mediante a oferta adequada e suficiente de consultas e procedimentos realizados com vistas à qualidade, resolubilidade e a satisfação dos usuários (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2006b).

Nesse aspecto, o tema do matriciamento em Saúde Mental é, portanto, fundamental nesse trabalho e sua análise deve levar em conta o conceito de integralidade das ações de saúde como uma das funções primordiais da ESF pó ser principio reorganizador da Atenção Primária.

6.1.5. Estrutura e recursos humanos

Em relação à estrutura física dos imóveis onde estão locadas as unidades de saúde, observam-se algumas inadequações do ponto de vista arquitetônico com repercussões para o trabalho em saúde, principalmente para os profissionais que permanecem durante muito tempo na unidade.

Isso porque, pelo menos em duas delas, a saber, Cidade Ipava e Alto do Riviera, os imóveis são alugados, ou seja, não foram construídos para abrigarem Unidades de Saúde e sim com outras finalidades, sejam elas residenciais sejam comerciais. Suas instalações tiveram de ser adaptadas e nem sempre com muita propriedade para esses novos fins. Verifica-se aí que a UBS Jardim Herculano, embora de construção mais antiga, sendo imóvel próprio, ganha nítida vantagem por ter já sido originalmente construída como unidade básica de saúde.

Assim, as inadequações trazem prejuízo à circulação de pessoas, poucos sanitários, desconforto de ruído excessivo, salas de reuniões e de recepção pequenas. Como exemplo mais flagrante era de se notar que a Unidade Alto da Riviera estava locada no 2º andar, em cima de um bar, com problemas sérios de acessibilidade para pessoas com deficiências em saúde.

Este problema foi corrigido este ano, depois de ser locado também o andar térreo, no mesmo prédio, melhorando a acessibilidade aos usuários e profissionais.

No geral, porém, as Unidades apresentam – se em estado de novas, limpas e com mobiliário novo.

Como força de trabalho, a Unidade de Cidade Ipava no período estudado, contava com quatro equipes de ESF completas compondo-se, pois, com 04 médicos; 08 auxiliares de Enfermagem; 04 enfermeiros e 24 ACS. E ainda mais com 06 agentes administrativos, um gerente e 01 segurança e 02 funcionários de limpeza – esses 03 últimos contratados por empresa terceirizada. Todos os profissionais de saúde são contratados pelo CEJAM e de acordo com a CLT. Em seu folder refere ainda que 80% dessa força de trabalho apresentam 1º e 2º Graus e que só 20% têm o 3º Grau completo.

Na UBS Alto da Riviera, a força de trabalho compõe-se de 05 equipes de ESF compondo-se de 05 Médicos e 05 Enfermeiros; 10 auxiliares de Enfermagem; 25 Agentes Comunitários; 02 auxiliares de limpeza e 01 segurança; 06 auxiliares administrativos e 01 gerente. Da mesma forma que Cidade Ipava, todos são contratados pela O.S. CEJAM em regime celetista.

E, finalmente, na UBS Jardim Herculano, que como já foi relatado, é de característica mista, ou seja, tanto ESF, como também tradicional, é a que possui a maior e mais diversificada força de trabalho compatível, portanto com estas funções mais diversificadas.

Assim, possui equipe de 56 colaboradores ativos-diretos e indiretos, em regime CLT, Municipalizados e Terceirizados, a saber, com 02 equipes de ESF compondo-se de 02 Médicos e 02 Enfermeiros; 4 Auxiliares de Enfermagem e 12 Agentes Comunitários de Saúde. A “UBS tradicional” com 01 Gerente; 01 médico Ginecologista; 01 Pediatra; 02 Psiquiatras; 01 Médico Clínico Geral; 01 Fisioterapeuta; 01 Fonoaudióloga; 01 Terapeuta Ocupacional; 01 Psicólogo; 02 Cirurgiões Dentistas; 03 Auxiliares de Saúde Bucal; 01 Enfermeiro: Imunização/ Vigilância; 06 Auxiliares de Enfermagem; 05 Auxiliares Técnicos Administrativos e 03 Assistentes de Gestão Políticas

Públicas. Ainda como serviços terceirizados, contam com 02 Auxiliares de Limpeza e 04 Vigilantes de segurança.

A configuração dessa UBS em particular e em comparação com as outras duas selecionadas levanta a questão das atividades – fins que uma UBS deve realizar e a questão de seu porte, pois todas são consideradas Unidades Básicas de Saúde, mas que se diferenciam pela inserção de Unidades de Saúde da Família.

Se ela é considerada “mista”, pois, abriga outros profissionais além das equipes de Saúde da ESF, ela pode ser considerada como “privilegiada” por abrigar um maior escopo de ações de saúde inclusive como referência? Ela está como, que, fora da ESF? Quais foram os critérios que determinaram a sua composição e qual a relação dessa unidade com as ações preconizadas para a Atenção Primária de Saúde?

As diretrizes emitidas por portarias ministeriais são muito normativas e acabam sendo aplicadas indistintamente aos vários municípios brasileiros mesmo quando abrigam diversas diferenças do ponto de vista sócio demográfico e epidemiológico, com realidades complexas e distintas, por sua vez.

Assim, só para se exemplificar, como se pode caracterizar a força de trabalho com o mesmo número de profissionais para trabalharem em regiões tão diferentes, mesmo na ESF? Quando dotar a Atenção Primária com mais ou menos tecnologia em Saúde, com maior ou menor número de profissionais e relacioná-las aos mesmos fins? Como mensurar este impacto?

Percebe-se, nessa microregião de saúde, que os portes estruturais das diversas unidades são diferentes e existem diferenças no tocante às diferentes atividades-fins, em detrimento e prejuízo às unidades que abrigam só as equipes da ESF. Embora criadas no âmbito de realizarem somente as atividades da Estratégia Saúde da Família, acabam realizando atividades de UBS mais tradicionais como, por exemplo, a dispensação de medicamentos ou atendimento médico à demanda espontânea (não enfatizadas pela ESF). Parece não haver uma clareza quanto às demandas que devem ser

requeridas tanto de uma quanto de outra, ou seja, da UBS tradicional quanto da ESF pura.

Um importante documento direcionador publicado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO da SAÚDE, 1997, p.13) enfatiza que, entre outras características, “o número de profissionais de cada unidade deve ser definido de acordo com os princípios básicos da capacidade instalada da unidade, quantitativo populacional assistido e suas possibilidades locais”.

Adiante, apontaria que “uma equipe de unidade de Saúde da Família seja composta, por, no mínimo, um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a essas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo”.

No entanto vem se estabelecendo, talvez até em função do financiamento federal, que a composição das categorias e do número de profissionais que compõem uma equipe da ESF seja o mesmo para quase todas as regiões em São Paulo – uma região metropolitana impar no Brasil - e talvez para a maioria das regiões e municípios brasileiros.

6.1.6. Alguns indicadores de produção de saúde

Quando se iniciou a investigação da Atenção Primária de Saúde da região, percebeu-se a necessidade de se buscarem alguns indicadores quantitativos da produção de ações de saúde.

O objetivo aqui era o de se estimar a medida da extensão do acesso e da cobertura populacional e se isto vem se modificando na região.

Recorreu-se ao banco de dados TABNET, e se examinou um incremento importante nos últimos anos em termos de produção assistencial

que foi trazido pela implantação da rede da ESF e demais redes de serviços, não só da Atenção Primária de Saúde. Não se pode deixar de investigar este universo de ações de saúde e que podem ser medidas por esses indicadores, já que trazem um impacto considerável para o microsistema de apoio selecionado no campo da pesquisa.

Logo ganhou destaque na análise dessa assistência ofertada, as implantações das varias unidades da denominada Assistência Medica Ambulatorial (AMA).

As “AMAS”, como são chamadas, são unidades de saúde que foram estrategicamente concebidas pela gestão atual, como unidades de pronto atendimento em Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ginecologia, e que dotadas de uma densidade tecnológica maior, aliviassem a alta demanda observada pelos serviços de emergências locais.

Essas modificações recentes foram ainda complementadas com inauguração, em 2008, de um moderno Hospital, na região do M Boi Mirim, com a abertura de um serviço de emergências, inclusive na especialidade psiquiátrica.

A próxima figura mostra o aumento na produção de consultas médicas gerais como parâmetros de comparação, na série histórica, de ações de Saúde na região do M'Boi:

Figura 1 - Evolução no número de consultas médicas gerais realizadas na Região da STS M'Boi Mirim 2003 2008

Fonte: TABNET <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/tabnet/0015>

Pode-se observar que a soma total do número de consultas médicas, tomadas aqui somente como parâmetro, quase que dobrou em relação ao número iniciado em 2004, que era de 910.293, até chegar em 2008, com o valor de 1.734.855 consultas ano.

Esses números são resultados da agregação e implantação, já detalhada, dos novos serviços. Não estão contidas aqui, outras ações realizadas por outros profissionais de saúde ou outros procedimentos ambulatoriais ou hospitalares contabilizados. Mas estão contidas todas as consultas e procedimentos ambulatoriais realizados por médicos, incluindo-se os hospitalares, ambulatoriais e emergências.

O crescimento de número dessas intervenções realizadas, destaca de maneira inequívoca a participação da implantação das unidades da AMA na região como se verá a seguir na figura 2.

Figura 2 - Impacto causado pela produção ambulatorial das AMAs do M'Boi Mirim evolução trimestral em 2008

Fonte: Coordenadoria de Saúde Regional Sul (não catalogado)

Como se pode ver, a oferta de ações de saúde das unidades das AMAs significou um aporte de consultas realizadas na região em 2008 da ordem de 428.008 consultas, para um universo total – ano de perto de 1.700.000 procedimentos realizados. Disponibilizando-se como unidades de pronto atendimento com as especialidades básicas, elas fogem à lógica estrita da ESF, porém trazem um inequívoco impacto para as unidades da ESF, já que complementam suas ações de saúde prestadas no tocante à Atenção à Saúde.

As ações em Saúde Mental, em relação ao universo de consultas médicas realizadas, seguem a mesma tendência de expansão dessa oferta, porém ainda não contemplariam as necessidades, como irá tentar se demonstrar a seguir.

O seguinte gráfico (Figura 3) mostra a evolução, na série histórica, da produção total de consultas médicas realizadas por médicos Psiquiatras somente na Atenção Básica na Região da Supervisão Técnica de Saúde.

Figura 3 - Evolução do número total de consultas psiquiátricas na Atenção Básica da região da STS M'Boi Mirim 2002 - 2008

Fonte: TABNET – Secretaria Municipal de São Paulo.

Como se pode verificar, em seis anos, o número total de consultas psiquiátricas na Atenção Básica na Supervisão Técnica do M'Boi, quase que triplicou. Além do mais observa – se uma inflexão maior na linha com marcadores a partir de 2006 e em 2007, ano da implantação do Programa de Apoio e do CAPS Adulto de M'Boi.

Por outro lado, utilizando-se de uma metodologia diferente de colheita de dados a partir de 2008, percebe-se que o Hospital Municipal de Campo Limpo, em sua unidade de emergência psiquiátrica, realiza ainda um grande número de consultas. Ressalte-se aqui que a demanda atendida pelo Hospital, embora tenha um contingente muito importante da população do M'Boi Mirim, sofre influência de outras variáveis e de outras regiões próximas e não atende população só adstrita, pela característica de ser serviço de emergência.

O seguinte Gráfico (Figura 4) compara o grande número de consultas de emergências psiquiátricas realizadas em 2008 ao lado das consultas não emergenciais.

Figura 4 – Número total de consultas psiquiátricas em 2008 STS M'Boi Mirim - Unidade de Emergência X Atenção Básica

Fonte: TABNET – Secretaria Municipal de Saúde, 2009

O microssistema de apoio implantando em 2006 que serviu de campo de pesquisa para este trabalho é composto pelas UBS Jardim Herculano como unidade apoio com psiquiatra e as seguintes unidades que atuam na contra referência para saúde mental: Cidade Ipava; Alto da Riviera; Parque do lago; Santa Lúcia; Capela e Aracati.

As unidades escolhidas para o trabalho de campo foram a Herculano, o Alto do Riviera e Cidade Ipava, como já salientado. O Jardim Herculano, portanto é a unidade que serve de referência não só para estas unidades selecionadas, mas sim para todo o sistema referido anteriormente composto por 07 unidades de saúde.

O seguinte gráfico (Figura 5) mostra a produção de consultas especializadas e não especializadas no ano de 2008 do referido sistema. Nesse arranjo microrregional, outras unidades como a Capela e a Santa Lúcia, como unidades de maior porte também são dotadas de outros profissionais “médicos especializados não ESF”, que atuam como referência para a população de abrangência.

Figura 5 - Consultas da ESF e Especializadas no microssistema de apoio do Jardim Herculano ano 2008.

Fonte: TABNET – Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

Ao se aproximar um pouco mais do campo da pesquisa, que é o das unidades selecionadas, procurou-se investigar alguns indicadores utilizados e produzidos. Para tanto, examinaram-se relatórios gerenciais e documentos de caracterização, entre outros.

Destaca-se inicialmente e de maneira muito clara, que os relatórios gerenciais guardam forte relação com as demandas burocráticas de monitoramento da produção ambulatorial e profissional, e o cumprimento das metas epidemiológicas preconizadas pela ESF e traz pouca, ou quase nenhuma menção, aos processos de trabalho desenvolvidos nas unidades.

A “planilha de justificativa” é importante documento gerencial a ser preenchido pelo gerente da unidade mensalmente e encaminhado para a O.S.

Contêm, em sua folha de rosto, as metas a serem alcançadas na quantidade de consultas e visitas domiciliares realizadas por categoria profissional e que foram definidas previamente e divulgadas como normativas em documento norteador, pela SMS, em abril de 2005, e que se compõem por esses parâmetros, entre outros:

Tabela 2 – Parâmetros do documento norteador abril/2005

CONSULTAS			
Tipo de Consulta	Consultas por hora	% da agenda	Consultas mês
Médica	4	62,5%	400
Enfermagem	3	40,0%	192

Tabela 3 – Visitas domiciliares (vd) – valores mensais

Vd do médico	40
Vd do enfermeiro	32
Vd do auxiliar de enfermagem	72
Vd do ACS	85% - 100% fam.
Grupos - Médicos	2
Grupos - Enfermeiros	8
Grupos - Auxiliar Enfermagem	8

Os valores devem ser mensurados em relação a estas metas predefinidas e justificados, quando abaixo ou acima das mesmas, unidade por unidade, equipe por equipe, profissional por profissional.

Assim, observou-se, na pesquisa desses relatórios gerenciais, a forte verticalização da organização do trabalho, com metas pré-definidas. Ou seja, todas as ações realizadas devem ser contempladas e mensuradas de acordo com um repertório determinado por normas estabelecidas epidemiológica e programaticamente. Assim, todos os profissionais devem se adequar a este repertório de ações e registrar sua produção de acordo, independentemente de qualquer outro fator ou variável.

Começando pela UBS Jardim Herculano observaram-se os seguintes dados relativos ao ano de 2008, apresentados em relatórios:

Realizou em 2008:

7.322 consultas médicas; (só ESF)

4.632 consultas enfermagem;

470 visitas domiciliares – Médicos;

737 visitas domiciliares – Enfermeiras;

3.246 visitas domiciliares – Auxiliares Enfermagem;

21.756 visitas domiciliares – Agentes Comunitários de Saúde;

920 procedimentos odontológicos;

873 coletas de Papanicolau;

23.483 exames laboratoriais;

1.220 consultas de fisioterapia;

3.260 consultas de psiquiatria;

14.311 procedimentos de enfermagem;

8.570 vacinas aplicadas;

323.474 medicamentos dispensados (Nov/ Dez 2008): controlados e não controlados (70% de usuários SUS e 30% de usuários convênios privados)¹⁵.

¹⁵ : Unidade básica de saúde Jardim Herculano, estratégia Programa Saúde da Família, relatório de gestão [Perfil], 2009. São Paulo, CEJAM ..

Seus resultados foram considerados satisfatórios e adequados às metas propostas para o período.

Por sua vez, a UBS Alto do Riviera traz em destaque (Tabela 4) os Programas Mãe Paulistana, o Remédio em Casa, o Oxigênio em Casa e o programa Hipertensão (para hipertensos e diabéticos). São componentes epidemiológicos estruturantes e programáticos em suas ações.

Tabela 4 – Programas especiais

Mãe Paulistana	402
Remédio em casa	158 pacientes
Oxigênio em casa	04 usuários
Hipertensos acompanhados	1285
Diabéticos acompanhados	356
Monitoramento glicêmico com kit	49

Como Unidade “pura” da ESF, a UBS Cidade Ipava traz ainda em destaque como sua produção específica na ESF, as seguintes ações realizadas em 2008:

- 12.916 consultas médicas;
- 6.952 consultas de Enfermagem;
- 986 curativos;
- 1.207 inalações;
- 217 retiradas de pontos;
- 298 grupos de orientação em saúde;
- 780 visitas domiciliares de médicos;
- 935 visitas domiciliares de enfermeiros;
- 4.965 visitas domiciliares de auxiliares de enfermeiros;
- 41.965 visitas domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde;

A análise desses dados permite traduzir quais são as concepções epidemiológicas e diretrizes gerais na produção do trabalho nessas unidades de saúde na medida em que esses relatórios gerenciais são exigidos pelo

gestor. Não se teve aqui nenhuma pretensão de se buscarem dados de forma a compor trabalho estatístico.

Não se encontrou nenhuma outra ferramenta à disposição das equipes da ESF, que pudesse levantar ou trazer dados que mensurassem outros impactos sobre os indicadores de saúde da região de adstrição e pudessem ser discutidos pelos profissionais. Relatórios apresentados e analisados não trazem nenhuma evidência sobre esses outros impactos, conformando mais as exigências administrativas formais, por parte do gestor, das necessidades atendidas.

Pode-se ter uma ideia do perfil de cobertura populacional e acompanhamento de casos nessas unidades que compõem o microssistema de apoio.

Quando são unidades puras de ESF, não existem dados de morbidade na produção, ou seja, não são lançados diagnósticos na produção realizada, o que dificulta a identificação de casos psiquiátricos acompanhados. Apenas na UBS Jardim Herculano, que conta com atendimento especializado em algumas áreas, pode-se, por exemplo, ter ideia de casos psiquiátricos acompanhados por profissional.

A tabela mostra a relação entre o tamanho da população cadastrada, as consultas médicas realizadas e as consultas de psiquiatria no ano de 2008. Observa-se um maior número de consultas na UBS Jardim Herculano em virtude de seu porte misto, conforme já detalhado, e como apoio, abrigar médicos psiquiatras e de outras especialidades.

Tabela 5 – Consultas ESF/Psiquiátricas/População - UBS Jardim Herculano

Unidade	População cadastrada	Totais consultas	Clínicas Básicas	Medico ESF	Psiquiatras	Outros
UBS Alto da Riviera	7546	11349	11349	11349	0	0
UBS Cidade Ipava*	15442	8071	8071	8071	0	0
UBS J Herculano	15055	14223	10331	6069	3892	370
Total	38043	33643	29751	25489	3892	370

Fonte: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/SIA08/PRDSIA08.def>

*só a partir de 05/2009.

Observa-se que a maior parte das consultas realizadas relaciona-se como de médicos de ESF, com exceção da UBS J. Herculano, que pelo seu porte abriga outras especialidades, como os psiquiatras de apoio. Não se pode comparar ordem de grandeza, pois o nº de equipes é desigual e, além disso, Cidade Ipava entrou para o sistema de informações somente a partir de maior de 2008.

Os dois Médicos Psiquiatras do Jardim Herculano, que oferecem apoio na unidade, foram os que mais atenderam em 2008, depois dos médicos da ESF.

Este tópico da pesquisa documental procurou demonstrar a ampliação da oferta de serviços de saúde e consequente aumento da produção ambulatorial na STS M'Boi Mirim que impactou toda esta região, principalmente na Atenção Primária de Saúde, inclusive nas ações da Saúde Mental.

Apesar de acompanhar a tendência geral, a assistência psiquiátrica, como se verá adiante, parece estar ainda muito aquém da necessária.

Evidenciou-se também a forte verticalização na organização do trabalho assim como as metas que devam ser buscadas, seguindo critérios epidemiológicos, principalmente na ESF da região.

6.1.7. Perfis de prescrição de psicotrópicos

Com o objetivo de se agregar mais informação ao presente, investigou-se o padrão de prescrição medicamentosa psiquiátrica dos médicos nas unidades de saúde pesquisadas, no ano de 2008 e até por comparação, do primeiro trimestre de 2009.

O objetivo aqui foi trazer um enfoque mais descritivo – exploratório do campo de pesquisa e não um trabalho com tratamento estatístico rigoroso

visto fugir dos objetivos dessa parte de pesquisa documental. Além do mais a amostra é pequena e está longe de representar uma tendência mais consistente.

Mesmo assim, um conhecimento um pouco maior deste perfil de prescrição terapêutica poderia agregar, por exemplo, informações, de forma indireta, do tipo e nível de demanda dirigida aos médicos da ESF pertencentes às equipes envolvidas.

Outro aspecto diria respeito se, esses médicos, normalmente avessos, pudessem também agregar algum conhecimento em consequência do programa de apoio e dispensar aos seus pacientes um maior cuidado farmacológico, pelo menos aos casos mais leves, ao alcançar um dos objetivos do programa.

Partiu-se da ideia de que os medicamentos controlados, constantes na lista da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) são disponibilizados e dispensados nas farmácias das unidades com controle rigoroso e normalmente utilizados pela população usuária. Além do mais poder-se-ia também identificar o médico prescritor e se o mesmo trabalha naquela unidade como médico da ESF, o que seria muito vantajoso aos objetivos deste trabalho.

Os fármacos escolhidos foram selecionados de acordo com a recomendação de uso, ou seja, conforme a gravidade dos casos e facilidade de manejo pelos clínicos da ESF.

Assim, por um lado, observou-se a prescrição de Fluoxetina, Diazepam e Clonazepan - utilizados mais largamente em todos os distúrbios de natureza psiquiátrica e de maior prevalência na população, especialmente em Ansiedade e Depressão – e por outro o Haloperidol (5,0 mg), utilizado de maneira mais restrita aos casos mais graves (psicoses).

A UBS de Cidade Ipava, por dispor dessa dispensação só mais recentemente, não pode ser incluída nessa coleta.

A seguinte tabela (tabela 6) vai apresentar os dados relativos à unidade Alto do Riviera e são devidos tão somente à prescrição de cinco médicos, um de cada equipe da ESF, participantes do programa.

As variáveis utilizadas foram as quantidades totais e mensais de receitas dispensadas, os fármacos nominados e a identificação da prescrição atribuída aos médicos que compõem o universo de interesse da pesquisa.

Tabela 6 – Prescrição de Psicotrópicos por médicos da ESF - UBS Alto do Riviera

Prescrição de Psicotrópicos por médicos da ESF				
UBS Alto do Riviera / Ano 2008 - 2009				
Número de Receitas				
Mês/Ano	Diazepan 10 mg	Clonazepan 2,0 mg	Fluoxetina 20mg	Haloperidol 5,0 mg
Jan/08	11	7	15	2
Fev/08	8	5	18	2
Mar/08	11	9	22	2
Abr/08	12	5	23	7
Mai/08	10	7	19	1
Jun/08	19	12	22	5
Jul/08	13	13	27	4
Ago/08	16	15	20	4
Set/08	16	11	13	6
Out/08	24	15	20	2
Nov/08	9	17	18	4
Dez/08	17	14	28	6
Subtotal	166	130	245	45
Jan/09	8	16	21	5
Fev/09	10	16	16	5
Mar/09	10	18	18	3
Subtotal	28	50	55	13

Fonte: levantamento realizado pelo autor

Observando-se a tabela pode-se, primeiramente, corroborar a ideia de que os médicos da ESF estão sendo demandados na prescrição de fármacos psiquiátricos, mesmo que de forma não muito frequente.

O importante a ser considerado é que as receitas, necessariamente, não guardam relação com a forma de assistência prestada. Ou seja, a receita controlada pode ser fornecida sem a presença do atendimento, apenas substituindo uma anterior, prática corriqueira denominada “troca de receita”. Não se considera esta prática aceitável e entende – se que é uma prática de exceção e não a mais frequente.

Outro fator importante é que a rotatividade de médicos da ESF na Unidade vai implicar uma diferença de padrões de prescrição tanto pela diferença de conhecimento comparável entre os diversos profissionais ou mesmo o tempo ou o grau despendido por profissional que permaneceu em treinamento no programa de apoio e matriciamento.

Pode-se dizer que a tendência do profissional que permanece em treinamento no programa de apoio por mais tempo é ficar tornar-se menos resistente a acompanhar os problemas psiquiátricos de seus pacientes resultando, pois, em aumento de prescrição medicamentosa.

A composição dessa prescrição em sua frequência e quantidade é mostrada na Figura 6, onde podem ser verificados os números de receitas prescritas em 2008 e seu perfil de distribuição.

Figura 6 - Composição quantitativa e de perfil de prescrição /médico da ESF / Alto do Riviera, 2008.

Fonte: levantamento realizado pelo autor

Fica clara a preponderância da Fluoxetina 20 mg, com 245 receitas, - (42% do volume de prescrição), largamente utilizada em distúrbios depressivos, o Clonazepan 2,0 e o Diazepan 10 mg em frequências intermediárias. Surpreende, porém, a frequência da prescrição de Haloperidol 5,0 mg - 8% do total - utilizado apenas em casos graves (Psicoses). Consideramos esta percentagem elevada e surpreendente.

Apenas para efeito comparativo, apresentam-se os dados relativos à prescrição dos dois médicos ESF do Jardim Herculano, no mesmo período estudado, quando se pode examinar a quantidade, a distribuição e a composição do perfil de prescrição:

Figura 7 - Composição do perfil de prescrição

Fonte: levantamento realizado pelo autor

Novamente, ficaria clara a preponderância absoluta da Fluoxetina, mais de $\frac{3}{4}$ do volume total de prescrições, apenas diferenciando-se o último lugar que foi ocupado pelo Haloperidol numa proporção bem menor. Pode-se atribuir isso ao fato da presença de dois psiquiatras na Unidade que facilitariam o acesso às receitas para os mais graves e desonerando, dessa forma, esta função para os médicos da ESF?

Quanto à UBS Herculano, que possui assistência psiquiátrica e que é a sede do programa, foram encontrados os seguintes valores para as duas equipes da ESF e médicos de outras especialidades que participam do programa e que trabalham na unidade. Esses valores são melhor representados pela tabela (tabela 7) seguinte:

Tabela 7 – Prescrição de psicotrópicos por médicos da ESF e psiquiatras UBS

PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS POR MÉDICOS DA ESF e PSIQUIATRAS UBS JARDIM HERCULANO 2008 - 2009 Tabela comparativa				
CLONAZEPAN 2,0 MG			DIAZEPAN 10 MG	
MÊS/ ANO	Nº Receitas Psiquiatras	Nº Receitas médicos ESF	Nº Receitas Psiquiatras	Nº Receitas/ médicos ESF
Jan/08	50	0	19	1
Fev/08	77	0	53	3
Mar/08	58	4	39	3
Abr/08	76	0	42	1
Mai/08	74	0	44	0
Jun/08	65	0	41	0
Jul/08	85	3	55	0
Ago/08	84	2	46	1
Set/08	65	5	45	0
Out/08	77	7	45	1
Nov/08	70	2	35	0
Dez/08	55	3	39	2
Subtotal	836	26	503	12
Jan/09	40	4	16	0
Fev/09	57	3	39	1
Mar/09	92	1	40	5
Subtotal	189	8	95	6

Continua >

PRESCRIÇÃO DE PSICOTRÓPICOS POR MÉDICOS DA ESF e PSQUIATRAS UBS JARDIM HERCULANO 2008 - 2009 Tabela comparativa				
HALOPERIDOL 5,0 mg			FLUOXETINA 20 mg	
MÊS/ ANO	Nº Receitas Psiquiatras	Nº Receitas médicos ESF	Nº Receitas Psiquiatras	Nº Receitas/ médicos ESF
Jan/08	8	4	2	10
Fev/08	29	0	5	8
Mar/08	27	0	7	9
Abr/08	26	0	3	0
Mai/08	31	0	7	2
Jun/08	29	0	2	8
Jul/08	27	1	6	9
Ago/08	27	0	1	11
Set/08	32	1	9	25
Out/08	28	1	6	29
Nov/08	27	0	4	25
Dez/08	29	0	1	12
Subtotal	320	7	93	148
Jan/09	10	0	4	10
Fev/09	34	2	9	19
Mar/09	26	0	4	11
Subtotal	70	2	57	40

Fonte: levantamento realizado pelo autor

Como se pode observar, os dados da UBS Jardim Herculano revelam primeiramente, uma menor quantidade de prescrições por parte dos médicos ESF. - em comparação ao Alto do Riviera - talvez pelo fato de que esses possam contar com a presença de médicos psiquiatras na unidade.

Outro dado identificado é o de que o perfil de distribuição proporcional é bastante semelhante com o da UBS Alto do Riviera, como já foi comentado.

A unidade conta com apenas duas equipes da ESF (para cinco da Alto do Riviera) e área adstrita menor, portanto, com apenas dois médicos da ESF na unidade.

De acordo com esses dados, pode-se observar a título comparativo, que a composição do perfil de prescrição dos médicos psiquiatras foi diferente da dos médicos da ESF, conforme se observa no Gráfico (Figura 8) a seguir:

Figura 8 - Composição do perfil de prescrição /médico psiquiatra / Jardim Herculano, 2008

Fonte: levantamento I realizado pelo autor

Enquanto aqueles refletem, provavelmente, uma marcante presença da Depressão e Ansiedade enquanto queixa clínica percebida entre seus pacientes, refletindo a maior prescrição de antidepressivos, esses apresentam um perfil mais bem distribuído entre os casos mais graves.

Deve-se levar em conta também que os psiquiatras prescrevem outros medicamentos que não puderam ser contabilizados, principalmente para pacientes mais graves, pois não se encontram à disposição dos pacientes na farmácia local. Esses fármacos fazem parte da relação de medicamentos de alto custo e foram dispensados em outras Unidades de Saúde que atendem esses fins.

Em dois medicamentos específicos, Clonazepan e Haloperidol, foi verificada uma leve tendência de incremento em suas prescrições, por parte dos médicos da ESF, da UBS Alto do Riviera, conforme se verifica a seguir:

Figura 9 – Prescrição mensal de Clonazepan 2.0 mg por médicos ESF – Alto do Riviera 01/2008 – 03/2009

Fonte: levantamento realizado pelo autor

O Haloperidol, que é utilizado para casos psiquiátricos mais graves também apresentou esta tendência como se pode observar:

Figura 10 - Prescrição mensal de Haloperidol 5,0 mg por médicos ESF - Alto do Riviera 01/2008 - 03/2009

Fonte: Levantamento realizado pelo autor

Foram comparados também na UBS Jardim Herculano a proporção dos medicamentos prescritos pelos médicos ESF e dos médicos Psiquiatras, como comparativo, já que essa unidade oferecia esta oportunidade.

Verificou-se que, apesar do trabalho de apoio estar se realizando há quase três anos, a prescrição de medicamentos psiquiátricos ainda se concentra de forma bastante especializada com esses profissionais.

Poderíamos aguardar uma maior proporção de prescrições por parte dos médicos da ESF, para aqueles casos mais leves e muito frequentes na Clínica?

A proporção encontrada foi de, por exemplo, 98% nas prescrições de Diazepam e Haloperidol para os psiquiatras e somente de 2% para os médicos da ESF., conforme se verifica nos gráficos (Fig. 11 e 12), que se seguem:

Figura 11 – Receitas de Diazepam 10 mg prescritas em 2008

Fonte: levantamento realizado pelo autor

Figura 12 – Receitas de Haloperidol 5.0 mg prescritas em 2008

Fonte: levantamento realizado pelo autor

O Clonazepan também atinge um pouco mais de 3% para os médicos da ESF contra 97% para os psiquiatras, conforme se verifica a seguir, na Figura 13.

Figura 13 – Receitas de Clonazepan 2.0 mg prescritas em 2008

Fonte: levantamento realizado pelo autor

A prescrição da Fluoxetina, mostrou-se um pouco melhor distribuída com 18% dessa prescrição já realizada por médicos da ESF (Figura 14)

Figura 14 – Receitas de Fluoxetina 20 mg prescritas em 2008

Fonte: levantamento realizado pelo autor

Este fato pode estar relacionado com uma maior facilidade de manejo deste farmaco ou mesmo a percepção da Depressão por parte dos médicos de ESF.

A Depressão, é quadro muito prevalente, principalmente em sua gradação leve e moderada e acompanha também a Ansiedade – enquanto distúrbio psiquiátrico - e outros quadros presentes na Clínica Médica, em geral, como Diabetes e Hipertensão. Além disso é muito incapacitante, como pôde evidenciar-se anteriormente nesse trabalho .

A vantagem deste achado, é que esta população poderá ainda ter um maior acesso à esta atenção por parte dos próprios médicos da ESF, reforçando o vínculo com seu médico de família. Portanto, não precisaria ser acompanhada por um outro especialista, no caso, pelo Psiquiatra, que ficaria então mais responsável diretamente apenas pelos quadros mais graves e

este se constituiria em um dos objetivos principais, na maneira de ver deste autor, do programa de apoio / matriciamento.

6.1.8. Principais desafios

Dividiremos este tópico em dois blocos principais , a saber, o que os próprios documentos denominam “desafios” e o que denominaremos de estimativas para necessidades de atenção não satisfeitas em saúde mental ou o chamado “Treatment gap”.

6.1.8.1. Desafios

Ao começar pelo documento de apresentação da Cidade Ipava denominado “Perfil da UBS/ESF Cidade Ipava”, foram destacadas, entre outras, como aquelas que se relacionam mais diretamente de interesse deste trabalho, as seguintes dificuldades:

4. “(...) No momento tem sido verificado que a população local vem optando pelo *atendimento da queixa aguda em detrimento ao acompanhamento pelo médico de família*. As possíveis causas desse fenômeno podem ser: o *turnover médico na ESF, somado à facilidade de atendimento nas AMAS da região*.”

5. ***A integralidade na assistência oferecida pela UBS tem sido o fator decisivo na promoção à saúde local.*** Mesmo quando algum serviço de saúde venha a apresentar-se como proposta de atendimento, o atendimento fracionado que é oferecido não provoca grandes alterações no programa desenvolvido pela UBS, que além de atender às necessidades atuais prevê assistência durante todo o período de vida do Usuário de vida

assim como de seus familiares que, como ele, residem na região de abrangência “(destaque do autor).

E ainda prossegue como “Desafios estratégicos”, a necessidade de compor-se com a Rede integrada de serviços de Saúde um amplo sistema de assistência de assistência à saúde dos usuários da região e ***difficultades dos encaminhamentos para especialidades nos serviços existentes na região. (destaque do autor).***

Chama a atenção do autor que a unidade destaca como dificuldade, a questão da população procurar as unidades de pronto atendimento quando necessitam, em detrimento das diretrizes da ESF, como se fossem situações antagônicas e excludentes. Parece se partilhar da ideia de que a formação de vínculo seja fruto de uma noção antagônica ao pronto atendimento, e se responsabilizar somente a ausência de vínculo com o médico a frequência com que a população procura esta modalidade de atendimento. Parece que a existência de um vínculo consistente pudesse substituir a necessidade do pronto atendimento. A população pode necessitar de “pronto atendimento” por uma série de razões, mas não necessariamente em “detrimento ao acompanhamento do médico de família” ou mesmo uma falha na implantação das diretrizes da ESF.

Voltar-se-a ao tema quando se discutir a “Integralidade” e os antagonismos” Prevenção X Assistência”.

De qualquer forma parece claro que o “turnover” médico, relatado nesse documento, interferirá sobremaneira na questão do vínculo e a longitudinalidade das ações preconizadas como diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

A UBS Alto do Riviera faz menção, assim com também a UBS Jardim Herculano ao alto turnover ou rotatividade dos médicos contratados para trabalharem nas equipes da ESF dessas unidades.

Essa última traz em seu relatório a menção explicitada de que “a rotatividade dos médicos dificulta o acompanhamento eficaz dos pacientes e impede a aplicação completa dos princípios e diretrizes do SUS”.

Refere também que outra dificuldade seja a falta de vagas para as especialidades e o SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico). Ilustra esta dificuldade com um gráfico demonstrando comparativamente entre si as diversas especialidades e procedimentos diagnósticos que ficaram aquém das necessidades do serviço.

O destaque do “desempenho negativo” do SADT ficou por conta, por exemplo, de um desempenho ruim para o exame de curva glicêmica (ao redor de 57%, e o Ultra Som Obstétrico, ao redor de 76% mesmo considerando as fortes diretrizes epidemiológicas de Atenção à Diabetes (curva glicêmica) e de proteção à Maternidade.(Programa Mãe Paulistana).

Por outro lado, parece também que estas unidades parecem ser demandadas fortemente por esta população e mesmo os profissionais que vem exigindo maior densidade tecnológica nas ações de Saúde, constituindo – se mesmo em um desafio quando se pensa em princípios com a universalidade e a equidade no SUS.

Não é isto que se espera, em certa medida, da ESF? Segundo ANDRADE et al. (2006), a Atenção Primária de Saúde, teria a função precípua de organizar e racionalizar o uso de todos os recursos tanto os básicos quanto os especializados e direcioná-los para a promoção, manutenção e melhora da saúde, revertendo a priorização das ações da saúde, da abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional da saúde.

Conforme se pode ver, parece claro o real desafio de se construir uma Atenção menos dependente de uma abordagem curativa e hegemonicamente médica e fortemente demanda por uma população (de um grande centro urbano) que parece exigir uma maior densidade tecnológica apoiada por “tecnologias duras” – no dizer de MERHY e ONOCKO (1997) e ainda exigindo-se aqui mais especialistas.

A crescente incorporação tecnológica à prática médica resulta em enormes dificuldades para incorporação da noção de Atenção Primária de Saúde, pois amplia seus custos e diversifica o repertório de intervenções.

(SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996). Existiria ainda uma dificuldade de crítica ao excesso tecnológico.

Para esses autores, é imperativa a necessidade de se caracterizar quais as necessidades primárias de saúde, as demandas envolvidas e se definirem de modo mais claro quais os requisitos técnicos para a apreensão dessa complexidade assistencial. Só assim, a noção de APS seria aplicada e, de fato, corresponderia aos seus propósitos.

6.1.8.2. O Indicador “Treatment Gap”

Como último tópico nesse capítulo, proceder-se-á ao exame de estimativas das potenciais necessidades de saúde mental local, tendo em vista os estudos epidemiológicos já discutidos na primeira parte trabalho, e em que medida essas necessidades estariam sendo contempladas na região desse estudo.

Este exame e alguns comentários sobre o nível de extensão da cobertura potencial populacional para as ações de saúde em tratamento psiquiátrico na comunidade estudada serão realizados. O referencial utilizado nessa análise será o da metodologia indicada pelo cálculo do indicador denominado “Treatment Gap”, e os dados serão os das estimativas populacionais e também o número de ações de saúde (consultas) realizadas em 2008, para a região da STS do M’Boi Mirim.

Para tanto, seria necessário apresentar alguns conceitos na literatura internacional sobre utilização de serviços de saúde mental, referentes ao chamado “treatment gap” ou “brecha de tratamento” e o de “unmet need” ou “necessidades não contempladas de acesso”.

KOHN et al. (2004), têm se dedicado ao estudo das necessidades não satisfeitas de atenção em saúde mental e a utilização de serviços de saúde para populações, baseado nos estudos de prevalência desses diversos transtornos na comunidade, realizados em diversas partes do mundo.

A noção de “treatment gap” poderia ser resumida na Fórmula:

$$G = \frac{\sum [(1 - S_c) R_c P_c]}{\sum [R_c P_c]}$$

Onde, S_c = taxa de utilização do serviço; R_c = Razão de prevalência de determinado agravo em saúde mental; P_c = Tamanho da População (> 15 anos).

Para o autor a estimativa da necessidade de serviços de saúde mental poderia ser determinada e deveria ser levada em conta quando de seu planejamento para implantação de serviços de saúde mental em dada comunidade.

Primeiro deveria ser levada em conta a prevalência de determinado distúrbio através de estudos domiciliares, isto é, quantas pessoas naquela comunidade potencialmente teriam o distúrbio. Este número de pessoas, conhecida a população total, é a quantidade que necessitaria dos serviços.

Em seguida, o número de consultas (capacidades da organização dos serviços de SM – taxa de utilização dos serviços) que os equipamentos de saúde atualmente são capazes de prover determinam a capacidade instalada de cobertura.

Dessa forma, a diferença então entre as necessidades e a capacidade existente para prover a atenção seria denominada de “treatment gap”.

Quando há um grande “gap”, os estudos internacionais denominam o fato como de “unmet need”, ou seja, existe uma enorme diferença entre a população de indivíduos que precisam do serviço e os que efetivamente se encontram em tratamento. Este fator seria particularmente importante para os distúrbios psiquiátricos, pela sua característica crônica e altamente incapacitante, principalmente para os distúrbios considerados mais graves.

A chamada barreira de acesso ao tratamento, isto é, a possibilidade de obter-se o atendimento, não responde sozinha para o “gap”. Existem outros fatores que também colaboram para que o mesmo ocorra, mas que não serão estudados aqui como o estigma da doença, auto-percepção do transtorno, fatores sociais e culturais e outros.

Em outro trabalho, KOHN et al. (2005) fizeram um levantamento de todos os estudos de prevalência de distúrbios psiquiátricos comunitários realizados na América Latina entre 1980 e 2004 e obteve resultados que apontam considerável necessidade de incrementar a cobertura de atenção para esses distúrbios.

Nas amostras examinadas, mais de uma terça parte das pessoas acometidas por uma psicose não afetiva – como esquizofrenia, por exemplo -, não obtiveram qualquer tratamento. Assim também para mais da metade dos acometidos por transtornos de ansiedade e quase três – quartos (3/4) com problemas com o consumo de álcool não receberam qualquer tratamento psiquiátrico no último ano no sistema de Saúde.

Com intuito ilustrativo e com os dados de que se dispõe poderia se realizar uma estimativa para aproximada para este “gap” regional.

Para tanto, adotou-se inicialmente a ideia de que a região da STS contemplaria todas as modalidades de tratamento para os portadores de distúrbios psiquiátricos, nos três níveis, a saber, a APS/ESF, urgências, CAPS e leitos psiquiátricos e que estariam incluídos todos os distúrbios psiquiátricos sem distinção do grau de gravidade.

Construiu – se assim a tabela nº 8, incluindo a população total maior que 15 anos, a população SUS - dependente (85%) - 15% têm plano de saúde - e o número total de consultas realizadas em 2008, em todos os níveis de atenção em Psiquiatria.

Foram consultados os bancos de dados do DATASUS e do TABNET para compor a seguinte tabela, com a população da STS e o número de procedimentos psiquiátricos realizados na rede SUS no ano de 2008:

Tabela 8 - População da STS e o número de procedimentos psiquiátricos realizados na rede SUS no ano de 2008

População total > 15 anos	População SUS dependente	Nº de consultas realizadas	Nº de indivíduos tomando-se média de 03 consultas ano	Nº de indivíduos tomando-se a média de 06 consultas ano
386.644	328.647	43.611	14.537	7.268

Fonte: TABNET – Secretaria Municipal de Saúde, 2009

Partiu-se do princípio de que aproximadamente de 7 a 14 mil pessoas pudessem ter utilizado o serviço de saúde mental em qualquer modalidade levando se em conta que pudessem em média ter contabilizado de 03 a 06 vezes no ano alguma intervenção. Esta média é apenas hipotética visto que o usuário possa ter utilizado apenas uma vez ou pelo menos mais que 12 vezes, ou seja, mais que uma vez por mês. Isto porque conseguimos dispor apenas do número total de consultas, mas não do número de usuários.

Em seguida, mesmo ressaltando as diferenças sócio demográficas foram extrapolados os dados levantados no estudo de ANDRADE et al. (2007), realizado em São Paulo.

Nesse importante trabalho, o equivalente a 18,8%, da população entrevistada, respondeu afirmativamente que nos últimos 12 meses relataram ***algum ou qualquer distúrbio psiquiátrico***. Equivale dizer que 61.785 indivíduos, em nossa população, teriam necessitado, portanto, dos serviços locais SUS de saúde mental, considerando-se a proporção já excluída de 15% que possuem algum outro plano de saúde suplementar.

Considerando que esta população total maior de 15 anos gerou apenas 43.611 procedimentos ambulatoriais de saúde mental no mesmo período, estaríamos contabilizando de 7 a 14 mil habitantes que procuraram e obtiveram assistência psiquiátrica, dependendo do número de vezes que teriam realizado alguma consulta (3 ou 6 consultas- ano). Esta diferença seria

o chamado “treatment – gap”, conforme mais bem ilustrado na figura seguinte (fig.15):

Figura 15 – Estimativas para o cálculo do “Treatment gap” de Psiquiatria, STS M'Boi Mirim, 2008

O gap estimado, portanto, foi da ordem de 77 a 89% da população que estaria doente e não recebeu nenhuma assistência, o que se revela extremamente elevado superior às médias encontradas por KOHN et al. (2005) configurando-se uma situação denominada “unmet need” conforme já mencionado. São números bem maiores e piores do que aqueles trazidos pelo trabalho de Kohn, na América Latina.

Ao considerar-se um “mix” de assistência mais apropriado aos casos mais graves, utilizando-se, por exemplo, das próprias avaliações do Ministério de Saúde, que apontam para uma população de “3% de casos graves e persistentes na população geral” encontraremos uma população total de casos graves da ordem de 9.859 casos que produziram uma ordem de 29.577 a 59.154 procedimentos, para 43.611 produzidos de fato durante o ano de 2008. Nesse caso, portanto para os casos mais graves este “gap” poderia ser bem menor.

No entanto, o que dizer dos “casos mais leves” e de maior prevalência na Atenção Primária fato bem presente na literatura? Será que estão sendo atendidos por médicos ESF, outros profissionais e por isso não conseguem ser “enxergados” dentro do número de consultas em psiquiatria? Ou ignorados ou mesmo não detectados?

Para MATEUS (2009) não faria “parte da política nacional o estímulo ao desenvolvimento e implementação de diretrizes de ação para os problemas mais frequentes em saúde mental”. E ainda que a política brasileira contrarie as recomendações para com as ações de cuidados essenciais para os principais transtornos mentais da população, que trabalham com base na criação de diretrizes de diagnóstico e tratamento apoiando-se na Organização Mundial da Saúde, em PATEL et al., e ainda no The Lancet Global Mental Health Group, 2007 (p. 62).

Este pequeno estudo realizado aqui fica extremamente limitado pela diferenças de metodologias empregadas, dificuldades de obtenção de dados de produção ambulatoriais, e das diferenças sócio - demográficas das amostras populacionais utilizadas, pois os resultados do trabalho de ANDRADE et al.(2007) referem-se a uma população de Vila Madalena e Alto de Pinheiros, embora no mesmo município de São Paulo.

Ainda não se encontra disponível uma quantidade de trabalhos de inquéritos populacionais domiciliares sobre transtornos mentais no Brasil que possam trazer mais informações sobre as diferenças entre as necessidades reais de atenção à saúde mental e as que são efetivamente atendidas pela rede SUS, mas, provavelmente, essas sejam bem expressivas.

Não se justifica, a nosso ver, que estas informações não possam ser trazidas pelas próprias equipes da ESF quando realizam as visitas domiciliares no cadastramento das famílias, por exemplo.

Se o número de diabéticos é bem conhecido, por exemplo, nas fichas preenchidas pelos ACS, em cada família visitada, por que não se conhecer o número daqueles que precisam de alguma atenção no tocante à Saúde Mental?

Em janeiro de 2008, a portaria 154 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b) criou os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), visando:

“A responsabilização compartilhada entre as Equipes Saúde da Família e as equipes do NASF na comunidade (que) prevê a revisão da prática atual do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica / Saúde da Família (...)”. (pág.9).

Para tanto, os NASF basear-se-iam na estratégia do “matriciamento”, formulada por CAMPOS (1999), um dos seus principais teóricos.

Nas palavras do autor:

“uma observação importante é a que altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência. Neste sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência” (pág.396)

Os profissionais da área da saúde mental dos NASF devem realizar um trabalho conjunto com as equipes do PSF, que “consiste nas ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b). O CAPS também pode compor equipes de referência em saúde mental, e podem ser responsáveis cada uma pelo acompanhamento matricial de 6 até 9 Equipes do PSF ou da atenção básica em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

6.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS PRIMÁRIOS

6.2.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa - profissionais

A tabela 9 relaciona algumas características pesquisadas dos profissionais entrevistados:

Tabela 9 - Características dos profissionais entrevistados

Função	Idade	Formação	Especialização ESF? Capacitação?	Tempo na Função (Meses)	Experiência Profissional (Anos)
Gerente H	44	Psicologia/RH	Só capacitação	09	18
Gerente I	44	Enfermagem	Só capacitação	18	17
Gerente R	29	Enfermagem	Só capacitação	24	05
		Epidemiologia Hospitalar			
Psiquiatra H	33	Medicina/ Psiquiatria	Só capacitação	34	04
Médico ESF I	27	Medicina	Só capacitação	05	02
Médico ESF R	58	Medicina Esportiva	Só capacitação	06	35
		Informática Médica			
		Doutoramento			
Agente Comunitário I	25	2º grau completo	Só capacitação	36	05
Agente Comunitário R	33	2º grau completo	Só capacitação	48	15
Auxiliar de Enfermagem I	43	2º Grau completo	Só capacitação	09 anos	09
		Técnica de enfermagem			
		Laboratório			
Auxiliar de Enfermagem R	27	2º Grau completo	Só capacitação	05	11
		Técnica de enfermagem			
		Auxiliar dentário			
Enfermeiro I	25	Enfermagem	Residência multiprofissional em Saúde da Família	12	01
Enfermeiro R	32	Enfermagem	Só capacitação	15	04

Procurou-se conhecer inicialmente a faixa etária, a formação escolar, a experiência profissional, o tempo de permanência na equipe de trabalho e se havia alguma especialização anterior em Saúde da Família, ou mesmo em Saúde Pública, que aproximasse o profissional do campo de trabalho abarcado.

Os gerentes da UBS Herculano e Ipava revelaram, em seu conjunto possuir uma maior experiência profissional, embora de formações diversificadas, sendo que a de Herculano nunca havia trabalhado anteriormente em gerenciamento na área de Saúde Pública. Exercem sua função há pouco tempo, no máximo 24 meses, como no caso da gerente da Alto do Riviera.

A coluna “tempo na função atual” indica que os profissionais foram contratados há pouco tempo, também de maneira geral. Pode-se dizer que são equipes de trabalho de composição recente. Nesse aspecto chamam atenção os 02 ACS com um tempo maior na equipe (48 e 36 meses) e os 02 médicos, enquanto grupo profissional, com 05 e 06 meses somente, embora exista um auxiliar de enfermagem há 09 anos na função.

Como já foi abordado, o tema da rotatividade profissional, principalmente no caso do médico, que perpassa continuamente nos documentos oficiais e na literatura, talvez possa explicar este achado.

Um dos primeiros trabalhos avaliativos do PSF, enfocando sua força de trabalho, realizado pelo próprio Ministério da Saúde em 1999 (MACHADO, 2000) mostra uma tendência de “feminilização” da força de trabalho em saúde, já verificada universalmente, além de uma tendência a que a maior parte dos médicos e enfermeiros estivesse abaixo dos 50 anos e uma “juvenilização” que se mostrava mais marcante entre os enfermeiros do que entre os médicos, o que em parte, pode ser verificada nessa amostra.

Ainda no mesmo trabalho, em termos de formação, apenas um terço dos médicos havia concluído um programa de residência médica, de qualquer natureza; entre os enfermeiros, a incidência de habilitação profissional era igualmente baixa; nos dois casos as demandas por qualificação e aprimoramento profissional eram altas.

Foi observado ainda que cerca de 40% dos profissionais atuavam nos programas há menos de um ano. Este fato era explicado pelo momento de expansão rápida que então ocorria, o que não se pode aqui argumentar da mesma forma, visto tratar-se de uma implantação que remonta mais tempo, em pelo menos 02 unidades. A mobilidade entre municípios era da ordem de 20% entre os médicos e apenas um pouco menor nos enfermeiros, configurando um quadro de alta rotatividade no emprego.

De tudo o que se conhece da ESF, pode-se concluir que o fator tempo no trabalho da equipe possa influenciar seu processo de trabalho, sua vinculação na comunidade, o relacionamento e o afinamento entre seus membros.

Quanto ao Programa de Apoio e Matriciamento, em seus aspectos de treinamento e educação permanente, espera-se também que, quanto maior o tempo despendido no programa pelo profissional, maior será o benefício, continência e a afinidade no trabalho, para com os usuários atendidos.

A médica Psiquiatra ultrapassa no tempo de permanência, a maioria dos profissionais que fornece apoio, principalmente os enfermeiros e médicos das unidades escolhidas.

Um aspecto muito importante a destacar-se também é a questão da ausência de um curso de especialização em Saúde da Família, específico por categoria profissional e que fosse mencionado pelos profissionais entrevistados, com exceção de um enfermeiro. Todos, no entanto já passaram por um pequeno curso introdutório e de capacitação, que não é realizado em serviço. Não se avaliou a pertinência e a importância desses cursos introdutórios (Momento I e Momento II) para as práticas desses profissionais da ESF.

FAVORETTO e CAMARGO JUNIOR (2002), já chamavam a atenção que os desafios conceituais a serem enfrentados e presentes na organização e nas práticas transformadoras que são demandadas na ESF, são fatores limitantes importantes e que se sobrepõem ao nível de formação que esses profissionais possuem para lidar com esses desafios.

6.2.2 Análise e discussão dos dados coletados pelas entrevistas com os profissionais e usuários/familiares.

Como já mencionado, o material coletado pelas entrevistas semi-estruturadas, foi gravado em fita cassete, transcrito e posteriormente elaborado pela análise de conteúdo.

A análise consistiu em buscar, compreender e inferir os conteúdos manifestos e ocultos do texto produzido, por meio de leitura exaustiva e flutuante e após a qual, foram organizados em categorias, ou seja, “Temas”, “que são as unidades de significação que se libertaram naturalmente do texto” segundo os critérios teóricos que norteiam esta pesquisa, segundo BARDIN (1988, p. 105).

Em relação ao propósito da análise não foram criadas categorias especiais em relação à formação/função do profissional entrevistado e sim só a identificação dessa função/formação ficou registrada.

Os seguintes temas foram, então, dispostos e organizados como eixos principais e subcategorias:

Eixo I: As percepções dos profissionais sobre a ESF

Concepções e Diretrizes.

O Trabalho, organização e processo. A Equipe.

Resultados e Desafios percebidos.

Eixo II: As percepções dos profissionais sobre o Programa de Apoio à Saúde Mental.

Demandas e necessidades em Saúde Mental.

Organização e Processo de trabalho.

Resultados e Desafios percebidos.

Eixo III: A Perspectiva dos usuários e familiares.

A assistência.

O estigma.

6.2.2.1 Eixo temático I: as percepções dos profissionais sobre a ESF.

A ESF constitui-se em uma proposta institucional para reorganizar a Atenção Básica e estratégica de mudanças de modelo assistencial significando uma reorientação dos próprios serviços básicos que nos anos 70 introduziram a APS no sistema de Saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF), como toda política social, situa-se em um movimentado cruzamento de princípios e conceitos operacionais, nos quais são frequentes as contradições, de natureza política-ideológica ou conceitual.

Dessa forma, pode-se afirmar que o PSF, no Brasil, possivelmente resultou de complexas influências sociais, políticas e culturais, incorporando diversos e conflituosos elementos ideológicos e conceituais, tendo, como substrato de sua formação e formulação, contextos simultaneamente globais e locais, societários e institucionais, além de técnicos e políticos (GOULART, 2002, p. 26).

O mesmo autor prossegue afirmando o caráter de assimilação e de embate diversos. Enfatiza-se sua observação, nesse embate, de um lado, a presença de tendências fortemente prescritivas e normatizadoras como um projeto para a realidade, resultantes de emanção do poder central e, por exemplo, de outro, um projeto construído a partir de uma realidade mais local a partir da realidade no âmbito dos municípios e, portanto, com uma natureza mais criativa e menos normativa. Nesse caso, estariam esses programas desenvolvidos em ambientes dinâmicos e marcados pela contingência dos fatos sociais, nos quais as formulações centrais prescritivas são incorporadas de forma parcial, ou apenas formal, prevalecendo, nas propostas resultantes, um caráter estratégico e fortemente adaptado às condições locais.

Entende-se, portanto, que o risco de tomar-se a ESF como "mais um programa" seria o de estimular relações verticais em que as normativas são estabelecidas e que "devem ser aplicadas e operacionalizadas". Na maioria das vezes isso significou uma efetivação ineficiente, burocrática,

descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos - não de princípios ou valores - e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade (GOULART, 2002).

6.2.2.1.1 Concepções e diretrizes

A formulação da Estratégia Saúde da Família incorporou os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – desenvolvendo-se a partir da equipe de Saúde da Família que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. A Unidade de Saúde da Família (USF) é considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada em uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Esta investigação trabalha com a ideia de que as mais diversas avaliações ou concepções sobre a construção da ESF observadas conferem-lhe uma visão mais multifacetada, “ainda inacabada” ou ainda como “modelo assistencial em construção” - a despeito de seus aspectos normativos – como uma das gerentes entrevistadas trouxe em sua percepção:

GH: “Então eu acho assim, o PSF ele realmente veio para ficar, ele revolucionou no primeiro momento, e ele veio para ficar Mas eu não acredito, não confio na informação de que a população tem tanta clareza assim sobre o que é esta estratégia. Ela entende que é um programa, mas ela não entende que é uma coisa a nível de uma estratégia que veio para ficar e que trouxe dignidade antes de trazer saúde. Então eu ainda acho que tem algumas vertentes que precisam ser melhor esclarecidas”.

GI: “Então, o Programa Saúde da Família é a estratégia para você melhorar saúde da população e realizar promoção à saúde. É a estratégia. A parte administrativa não é crítica, é só percepções de uma vivência de rotina aqui da ponta. A parte administrativa é que precisaria um tempo mais para uma conversa, porque a teoria é fantástica do Programa Saúde da Família, mas a condição de ele acontecer está diferente”

As percepções sobre as concepções e diretrizes aparecem nas falas dos diversos entrevistados indiferentes às suas categorias profissionais, inicialmente como propostas fortemente motivadoras para o trabalho:

“Mas eu vejo todos absurdamente envolvidos. Eu acho que eles realmente estão aguerridos em relação ao PSF”.

E: “No Programa Saúde da Família porque foi o que eu sempre gostei, nê? À princípio, eu não queria ir para a área hospitalar... Se tivesse tido a oportunidade, eu não iria para a área hospitalar.”

Ou na fala de um enfermeiro – gerente experiente quando “descobriu” o Programa e até então atuava na área hospitalar de tratamento intensivo (UTI):

“Na verdade a faculdade tem um forte preparo do enfermeiro dentro do hospital. Hoje, nós estamos vendo uma mudança nisto, mas antigamente a gente era preparada para trabalhar dentro do hospital. Então, o contato com a saúde pública se deu por uma situação inusitada”

*“- Ah! Eu vou trabalhar nisto para conhecer o que é Programa Saúde da Família”. Ao conhecer eu abandonei o resto. Eu falei: “- Não. O intensivo chegou até aqui. **Até hoje eu cuidei de equipamento, e hoje eu vou cuidar de gente.**”... (destaque do autor)*

Pode-se perceber aqui claramente um caráter fortemente mobilizador de expectativas idealizadas e que faz certo contraponto ao existente, ou ao tradicional como, por exemplo, o serviço hospitalar com sua alta tecnologia se contrapondo quase ao conceito de “cuidado” e de “gente”.

A questão do trabalho na comunidade é enfatizada aqui:

ER: “Porque eu sempre tive desejo de trabalhar com a saúde da família, desde a época da graduação. Eu estava complementando a saúde da família, que São Paulo ainda ficou para final, nê? Um dos últimos a... E sempre quando eu escutava nas aulas, eu achava muito interessante aquilo, você poder trabalhar na comunidade, eu achava muito interessante isso”.

A motivação, às vezes, aparece na forma de “ajuda humanitária” ou de “solidariedade social” que parece fazer parte de um ideário mais humanista na ESF:

Dr.R: “(...)..Tive a possibilidade de fazer um trabalho social, que eu tinha tentado já, feito alguns projetos por conta própria. Um dia eu banquei em parceria com Rotary Club, de profissionalização de adolescentes e coisas do tipo. E pra falar a verdade eu tive uma surpresa agradável.(...).. Gostei, gostei.”
*ACR: “De início, eu sempre gostei muito de escrever, nê? De, assim... Nunca fui muito comunicativa, mas ao entrar no trabalho... Tive essa oportunidade. Estou aqui até hoje e gosto do que faço. **Gosto de me... Cooperar, ajudar as pessoas... Então, eu me esforço o máximo que eu posso. (...) Porque tem***

muita gente, muitas pessoas carentes que não tem condições de pagar um convênio e que necessitam mesmo, e que ajuda muito mesmo”. (destaque do autor)

Mas quais seriam então estas concepções e diretrizes da ESF e como aparecem para esses profissionais?

Com o objetivo de categorizarem-se estas falas, será realizado um corte baseado em importante documento oficial do próprio Ministério da saúde, a saber, “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997)

De acordo com estas diretrizes e além daquelas já preconizadas pelo SUS, o PSF elege como ponto central o estabelecimento, de **vínculos e a criação de laços de compromisso** (destaque do autor) e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Esta estratégia reverteria o modelo assistencial vigente, pois sua compreensão só seria possível através da mudança do **objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços**, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (destaque do autor).

A família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, ou seja, mais do que uma delimitação geográfica é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra - familiar e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

Seria uma estratégia com “ênfase nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e de suas famílias, do recém - nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 5).

Um desses princípios diz respeito à incorporação em sua prática de trabalho a noção de território e adstrição de clientela. Pode-se iniciar esta percepção com o depoimento de um gerente de unidade:

GI:” E divididas nestas quatro equipes. O que nós temos, algumas situações interessantes aqui, é a característica desta região, que nasceu como um loteamento de alto luxo, alto padrão que não se vendeu na totalidade, foi

invadido e reloteado (sic)... Então nós temos uma área muito nobre na península que é a beira da represa que tem grandes Chácaras, e temos áreas de favela muito próxima dessas áreas. Então nós temos áreas com um território muito extenso com 3 mil / 5 mil habitantes, e territórios muito pequenos com uma condensação populacional muito grande”.

GI: “É... mas da cidade. Nós estamos do limite da cidade. Então, nós estamos mais próximos de Itapeverica do que do centro. Então, nós estamos no limite. Nós temos características interessantes aqui, nós temos gado, eu tenho gente que planta, então nós parecemos que estamos no interior. Eu saio às vezes para passe... fazer as visitas com os meninos tem áreas que são áreas rurais mesmo. Você entra em chácara, fazenda, tem criação de suínos, bovinos, caprinos... Então, nós temos situações que são muito intrigantes. Nós temos doenças raras também. Hoje nós estamos enfrentando um surto de TB bóvis. Então, numa região que o povo consome leite, que faz o queijo com o gado que já foi detectado contaminação e tem uma situação delicada no manejo dessa situação”...

Todos os profissionais entrevistados disseram conhecer bem o território de abrangência, bem como as características da clientela.

Outro gerente alude inclusive aos contrastes sociais e ao território, conceito aqui tomado, na acepção de MENDES (1996), como “Território Processo” – espaço, não somente geográfico, mas também em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais e onde se configuram realidades de saúde determinadas pela dinâmica dessas relações sociais, território então nunca acabado.

GH: “É. Aqui nos somos o Jardim Herculano e nós temos o Riviera. Hoje nós atuamos numa área em termos de quilometro quadrados é bastante dicotômica também porque assim: nós temos 8.4, 8.35 km². de área. Só para você ter uma noção, tem UBS, como PSF puro que tem 5, 6 unidades que não tem essa área, n’ê? Mas nós contamos com um numero pequeno de famílias por conta disso, porque temos apenas duas equipes. Então, hoje nós temos em media 8 mil pessoas sendo cobertas pelas duas equipes, o que é previsto pela Secretaria.(...)Se você quiser, eu posso até pormenorizar pra ti. Em termos de crianças e adolescentes...

(...) Porque veja ali em Altos da Baronesa, tem umas casas já de alto padrão, voltando a ser construídas. (...) Mas no geral, a população que nós atendemos não é o dono, não é o proprietário dessas casas de alto padrão. Mas sim o caseiro, e a família, filhos, etc., esposa do caseiro que esta ali. Algumas pessoas também, eu pego, por exemplo, essas casas de médio padrão, são pessoas que residem nessa região, eu tenho mais aqui em baixo no Riviera também. Não sei se você conhece, porque aqui você desce aqui, você vai lá pra região do parque ecológico, n’ê? Ali é o Riviera n’ê?

(...) Então, algumas pessoas são residentes lá, são pessoas que normalmente se utilizam o convenio, n’ê? Mas ainda eu pego muito dessa população. (...) Ou seja, são aquelas pessoas que abrem a porta pro meu agente entrar.

(...) Olha, eu tenho sim na equipe um, eu tenho uma micro área que é assim, muito complicado ali, porque ali também é ponto de droga, o acesso é muito complicado. Mesmo sendo um agente, uma pessoa conhecida, ele precisa meio que fazer assim, digamos, a apresentação do enfermeiro, tanto das demais pessoas da equipe da família, por conta de que não é todo mundo que entra naquela área. É bastante complicado isso. Mas a gente consegue né? Pela bandeira que qualquer agente comunitário carrega, a gente consegue entrar de maneira tranqüila e etc. Mas ali você tem uma, é uma favela verticalizada basicamente, porque você tem os escadões. Quando você olha assim, você vê uma casa de frente e quando você olha pra lateral na verdade você tem uma porta que entra cá, outra que entra a direita, outra que sobe. Então você tem 5, 6, 7 casas em um único, numa única posição de uma única casa. Então é meio que uma favela verticalizada ali, né?”

Em relação aos indicadores epidemiológicos dessa população, outro profissional também faz referência enquanto conhecimento dessa clientela:

“Nós temos... A quantidade de hipertensos é muito grande. Você tem uma quantidade de diabéticos menor, porém significativa. Você tem problema de desnutrição...”

“Então, nós temos algumas realidades que são muito características aqui. Mas, pacientes hipertensos, pacientes diabéticos, nós estamos dentro da epidemia já prevista mesmo. Estas são as nossas principais doenças.”

Este conhecimento da clientela e a noção do território de adstrição podem também serem inferidos a partir da afirmação de outro profissional, sobre a questão de um encaminhamento realizado e sem sucesso, pois o paciente não compareceu, apesar do esforço realizado por aquele:

“Não deu porque choveu... ah não deu porque não acordei no horário. Mas a grande maioria diz assim: - Ah, não deu porque não era no Herculano, se fosse no Herculano eu ia. Porque era do lado da casa dele, que era próximo. Ou - Ah, marcaram lá no Ibirapuera, e eu não vou longe. Então, é...”

A adesão aos princípios e concepções de longitudinalidade ou atenção continuada a esta clientela adstrita, com características culturais e sociais bem conhecidas, portanto, apontando para uma ampliação da noção de Saúde fica bem clara na percepção deste profissional:

GI: “Não adianta os planos de saúde ou os órgãos que cuidam de saúde, fazer com que seus pacientes passem por exames médicos, se eles não examinarem como o paciente vive, seu modo de vida, casa, como se alimentam... os seus usos e costumes. Certamente chegariam a resultados muito mais significativos. Então, “pô”...(sic) (destaque do autor) a enfermeira escreveu para mim. Hoje eu trabalho no que ela me deixou como... Note, se você quer fazer saúde de um paciente, não interessa você saber ler um eletrocardiograma simplesmente. Tem que saber o que veio antes do eletrocardiograma. Então, eu estava na linha hospitalar... eu sei mexer em respirador.. compensar uma gasometria... cuidar de “n” equipamentos que ajudam o paciente no estado grave. Só que o pré... Eu tinha um buraco negro. A teoria não sustentava. Eu fiz o caminho inverso. Eu voltei na origem e graças à

Deus numa idade boa. Numa idade assim, que eu já tinha errado muito. E então, consequentemente eu já tinha uma certa experiência de como eu poderia acertar. E eu caí numa situação bastante favorável. Então, eu agradeço muito à oportunidade que eu tive.”

Nenhum profissional inicialmente e de forma espontânea incluiu especificamente a Saúde Mental entre os problemas principais de saúde da região de abrangência, a despeito de sua alta prevalência, já descrita em capítulos anteriores deste trabalho. Suas referências preponderantes, em termos epidemiológicos, são relativas aos programas existentes sejam os da Diabetes e da Hipertensão Arterial, além da Mãe Paulistana e à Proteção Materna - Infantil.

Este aspecto chama atenção novamente para o caráter fortemente verticalizado e normativo da intervenção programática dos programas de Hipertensão e Diabetes, assim como aos de proteção materno-infantil da “Mãe Paulistana”.

DR.R. “Porque vários pontos, apesar de simples, têm importância, eles são bem feitos aqui. Atendimento a gestante é muito bem feito”.

As ações de saúde ofertadas também implicam a detecção e o controle somente desses agravos na população, conferindo ao serviço de saúde uma “cesta seletiva de atenção” e conferindo à ESF apenas este caráter de atenção excluindo outras patologias, relevantes, como as da Saúde Mental, altamente prevalentes e que interferem negativamente na qualidade de vida dessa população.

GH: “Olha, não foge da estrutura básica e daí a importância da estratégia do programa saúde da família, porque eu acho que ele é preciso, perfeito para cobrir as grandes demandas, quais são: população de diabéticos, população de hipertensos, n’ê? Que é grande. O grande fluxo nosso é esse, n’ê? E igualmente nas demais.

*EI “Tem uma escala de horários. Então, já é (sic) definido os dias da semana que **eu atendo as crianças, gestantes e hipertensos. (destaque do autor).** Tem horário definidos para atendimentos de visitas domiciliares”.*

Nesse aspecto, a ESF sozinha, como modelo substitutivo, parece contrariar um princípio da APS na acepção de STARFIELD (2002), quando esta autora deixa claro:

*“Na atenção primária, ao contrário, geralmente, o paciente é conhecido pelo médico, sendo que, a entrada no sistema é **dada pelo paciente, frequentemente com queixas muito pouco específicas e vagas.** A principal tarefa é a elucidação do problema do paciente e a obtenção de informações que*

levem a um diagnóstico e à escolha do manejo mais apropriado. Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde". (p.29) (destaque do autor).

Os profissionais médicos parecem qualificar e corroborar esses aspectos discutidos em suas percepções. Um profissional apresenta estas queixas diversificadas, presentes no cuidado individual cotidianos em sua prática clínica:

DR.R.: "Existe uma porcentagem enorme, talvez pelo menos 50% de pseudos-diagnósticos, que são as dores difusas... (...) Você aprendeu a fazer, a procurar de um jeito que a população aqui faz de outro, ou expressa de outro. (...) Exatamente. Agora, aí que começa o primeiro problema de você não poder levar as queixas ao pé da letra, porque por outro lado, sob o ponto de vista profissional, é perigoso. Porque existe uma forma difusa, embaçada de definir... (...) Mal definidos, de difícil caracterização clínica e que deixa a gente encurralado de querer ter uma abordagem objetiva, onde a descrição é altamente subjetiva. Então é como se fosse algo chamamos de falsas pistas. A pessoa não faz de propósito, mas ela..."¹⁶

Outro profissional faz uma alusão mais crítica em relação à sua prática clínica dos programas prioritários, observando-se uma noção "médica centrada":

DR.I. "Bom... Eu vejo que eles têm um problema grave de hipertensão e diabetes, ta? Por falta de conhecimento... Por falta de como se tratar... Como usar a terapêutica adequada. Eles não conseguem... A maioria... Uma boa parte não consegue entender que tem que tomar o remédio em determinado horário, tem que fazer a determinada dieta... Não conseguem, entendeu? A maioria... Esta boa parte não tem o discernimento para tentar entender... Para eles mesmos melhorarem a condição deles, ta? Isso em questão da diabetes e hipertensão. Aí tem a questão também da amamentação... Do aleitamento materno. Muitas lactantes não acham importante a amamentação materna... Assim que saem da maternidade já começam a introduzir leite artificial. Apesar de toda... De a gente pegar tentar conscientizar, a gente conversa, mas tem vezes que não tem condições. Não sei... Pela questão de imaturidade... Pela questão da pouca idade que elas possam vir a ter."

Destacou-se também a imagem de caráter burocrático e de controle que esses programas assumem na percepção dos profissionais, diante de suas práticas:

El: É... Desde a parte de revisão dos relatórios dos agentes comunitários... A parte das enfermeiras, por exemplo... Eu aqui assumo a Mãe Paulistana... São

¹⁶ A propósito da alta prevalência do chamado Transtorno Mental Comum na Atenção Primária ver p. 7 nesse mesmo trabalho.

um monte de planilhas (sic) para se responder números. (destaque do autor) Então, tem os cartões da Mãe Paulistana, e tem uma parte muito burocrática em cima da gente para responder.

EI: “Sinto que, às vezes eu queria fazer mais coisas que seria bom para o programa... Seria a parte de promoção mesmo... De grupos. Até porque grupos não é só, simplesmente, ir lá e falar... Então, você tem que ter planejamento, um desenvolvimento. Eu gostaria de ter mais tempo de estar aprofundando isso, e às vezes realmente a gente não consegue e acaba levando serviço para casa”.

Este caráter normativo, vertical, quase “campanhista” (na acepção autoritária do “modelo campanhista”) é aceito e justificado como uma única maneira de se mudarem os focos e as práticas na ESF local, sem questionar a possibilidade para um planejamento de atividades mais estratégico, a respeito do Programa de apoio à saúde mental:

GH: “(...) Mas eu entendo que tudo tem de vir de cima (destaque do autor). As pessoas têm que dizer que isto é importante e que isto é uma prioridade. A Secretaria tem que dizer que este programa é uma prioridade, que a supervisão entenda o programa como uma prioridade, que a OS nos permita e nos dê mais... melhores mecanismos... Nada está acontecendo desta maneira...”

Portanto, como conciliar esses aspectos fortemente normativos, ações programáticas e cesta de serviços de caráter mais seletivo, com os princípios para uma APS mais reorganizadora, mais resolutiva e mais efetiva? Como incorporar, pois, a ESF, de acordo com estas diretrizes da Atenção Primária à Saúde? Qual é o papel da ESF na APS local?

Aprofundando um pouco mais aqui esta discussão, embora já tivesse sido assunto de abordagem anterior nesse trabalho, VASCONCELOS (1999) é um dos autores que pode contribuir, quando apresentou diferentes concepções e propostas de APS, que convivem e divergem entre si.

Quais seriam estas? Uma primeira concepção, diria respeito à assistência médica primária, como nível de contato; uma segunda como atenção primária seletiva e uma terceira como atenção primária integral ou “comprehensive” (do original em língua inglesa). As duas primeiras representariam formas mais limitadas de atenção, uma vinda por transplante direto dos consultórios médicos e, a outra, marcada pelo caráter racionalizador e poupador de custos de sua prática. A última derivaria mais dos enunciados difundidos a partir de Alma Ata e teria como função principal

os aspectos da Promoção da Saúde no que diz respeito ao “apoio aos indivíduos e grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e de sua saúde”.

Embora considerando esta categoria como a mais importante influência na inserção da Saúde da Família no Brasil, adverte ***que o conceito praticado no País ainda se vê fortemente limitado, não só pelas “tradições positivistas e mecanicistas” que rodeiam a assistência à saúde, como também pelo “boicote político” e pelas “exigências de produtivismo numérico” (destaque do autor).***

Assim, ainda se tornariam necessárias outras abordagens teóricas e metodológicas, que realizassem de fato, a almejada integralidade (ou, nas palavras do autor, “alargamento”) de tal conceito de assistência.

A Integralidade também merece um lugar de destaque como um dos princípios doutrinários da ESF, sempre presente e louvado em documentos oficiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b). Este documento, que norteia oficialmente a Política Nacional de Atenção Básica traz em sua pág. 13:

“A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos”.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

*(...) II - efetivar a **integralidade em seus vários aspectos**, a saber: **integração de ações programáticas e demanda espontânea**; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; (destaque do autor).*

Portanto, para além das ações programáticas orientadas epidemiologicamente, a APS aqui denominada de Atenção Básica, as ações de saúde deveriam contemplar também uma resolutividade para a demanda espontânea trazida pela população adstrita.

O conceito de Integralidade adquire diversas interpretações e embates, pelos diversos autores. Este arco admite, desde uma dimensão mais restrita ao agravo de saúde em si e em uma perspectiva mais centrada no modelo biomédico –, no sentido da resolutividade por níveis de complexidade – até uma perspectiva mais ampla, que, incluiria os determinantes sociais do processo saúde – doença em suas intervenções, por práticas de Prevenção e Promoção em Saúde.

As necessidades de saúde poderiam ser organizadas em torno de quatro eixos: boas condições de vida, acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida, vínculos com a equipe e com os serviços de saúde e autonomia quanto ao modo de levar a vida. Uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde, como esta, deveria orientar a construção do sentido de integralidade da atenção. Implicaria, assim, uma oferta de acordo e deveria corresponder à busca das respostas possíveis ao conjunto das necessidades de saúde percebidas pelo profissional em cada indivíduo à sua frente. Dessa forma, reconheceria, pois, que nessa ideia de integralidade residiria o reconhecimento de que o usuário que busca o serviço de saúde é um sujeito inserido numa complexa trama psicossocial, na qual sua queixa se inscreve e adquire um sentido particular e único (CECÍLIO, 2001).

Esta acepção mais ampla de Integralidade está presente quando se entende que a Atenção Básica deveria abarcar e buscar responder a um grande conjunto de necessidades, por meio do acolhimento e do cuidado que aponte para o entendimento de que necessidades de saúde não se restringem às necessidades de cuidados médicos. Necessidades de saúde deveriam também ser compreendidas como os resultados de articulações singulares entre condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um dado momento da vida (VILLELA et al., 2009). Um bom exemplo de uma visão mais abrangente e consoante com a ESF de Integralidade parece presente na percepção deste gerente:

-“Olha, a promoção à saúde é isso. A carta de OTAWA é um modelo que eu uso, que desde 86 já foi discutido. Alguém já discutiu isso. Eu não vou discutir de novo essa parte. Agora vamos discutir as ações em cima disso.”. Aí foi nascendo o conselho gestor, que são as pessoas comuns que atuam as lideranças locais que atuam; mais o entendimento da melhoria e a Promoção da Saúde, se criou uma ideia de promover mais cultura, lazer e atividades, para você poder atuar além de simplesmente curativo ou preventivo, em cima de remédios”.

Por outro lado, nesse embate, em relação à Integralidade parece haver uma herança histórica, no caso brasileiro, e permeado ainda pelas dicotomias “Preventivismo” ou “Assistencialismo”; INAMPS ou Ministério da Saúde; “Modelo Médico-Privatista” ou “Modelo Sanitário” com posições extremamente polarizadas e muito caras ao Movimento Sanitário que

resultaram na criação do SUS. A Assistência Médica, que era gerenciada pelo INAMPS - a “Medicina Previdenciária” - ficou marcada, desde então, de uma forma desqualificada. Resta saber a pertinência atual desses termos, no debate que se trava pela Integralidade.

Portanto, uma das críticas mais recorrentes ao arranjo das práticas de saúde predominantes diz respeito à ênfase à lógica da Assistência e por outro, à lógica da Prevenção. Nos anos 70, o antigo sistema de saúde se estruturava de modo polar, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ocupando-se das ações assistenciais, organizando os serviços para responder a demanda espontânea; de outro, o Ministério da Saúde se ocupava daquelas outras necessidades de saúde pública, mais ligadas à Prevenção.

A criação do SUS modificou esse arranjo institucional, (extinguindo o INAMPS e fortalecendo o Ministério da Saúde), mas não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência, como diz o próprio texto constitucional (MATTOS, 2004).

Algumas percepções dos profissionais entrevistados trazem este embate de forma muito dicotomizada ainda. Pode-se inferir que para esses profissionais o ideário e a prática da ESF se contrapõem de forma quase absoluta ao atendimento da demanda espontânea, identificada já aqui como um conceito de Integralidade mais restrito e mais médico-centrado:

GI: “Me chega uma urgência, fica todo mundo preso aqui. Para vacina, para curativo, para inalação, para Papa Nicolau... porque os outros estão ou em VD, ou em grupo... Então, nós temos a questão da unidade básica com as suas necessidades de unidade básica, e nós temos a Estratégia de Saúde da Família. Administrativamente, eu tenho um posto que é uma sede e dentro eu tenho uma equipe que faz Programa Saúde da Família... ou um grupo ou que seja uma Estratégia em Saúde da Família”.

“Quando eu cheguei aqui, nós tínhamos um acolhimento, que eles chamavam de acolhimento, era um pronto-socorro. O pronto-socorro, aqui, era uma porta de pronto-atendimento. Chegava-se ter 100 consultas de acolhimento por dia. Aí o médico não conseguia fazer PSF. Eu falei:...- Gente! Vocês estão sendo encurralados dentro do posto. Vocês foram sendo encurralados pela demanda, pela necessidade, nós paramos de fazer PSF já algum tempo”.

Pareceu clara aqui a percepção, mais reducionista apreendida pelo profissional, de que a ESF não deveria contemplar ações de demanda espontânea ou assistência às necessidades individualizadas.

*GI: Veio tapar o buraco e precisou ser adequado algumas estratégias e se chamou isso de Programa Saúde da Família. **No momento em que você transforma o atendimento ambulatorial, caso agudo, misturado junto com o Programa Saúde da Família, criou-se uma distopia muito grande...** e nós temos esperança. Mas nós ainda não estamos fazendo o programa como ele nasceu. Nós demos uma modificada, e ele passou por uma outra modificada. Mas a população tem as suas necessidades agudas... e você vem falar de prevenção sendo que o cara está com dor nas costas agora.*

Embora de forma desafiadora, como se percebeu na percepção do gerente, a noção de Integralidade na ESF deveria abranger, sim, os diferentes níveis de necessidades, de forma não antagônica ou excludente.

De outra maneira, outro profissional, pareceu contemplar uma noção um pouco menos reducionista quando não entende a assistência individual como antagônica à ESF:

*“Olha, a gente melhorou muito, a ponto de ouvir coisas do tipo: -... “Está melhor do que convênio”. Claro, vamos levar a sério e a cabo a informação de que, eu tenho aqui pediatria, eu tenho aqui GO. Obviamente ele serve como referência como eu já disse anteriormente. Mas assim: a população se sente tranquilizada ao saber que tem especialistas dentro de uma UBS também, entende? **Para além dos médicos da saúde da família, tem outros profissionais**”.*
(destaque do autor)

Outro profissional descreve sua percepção – exemplificando - de forma contundente quanto ao atendimento das necessidades individuais de assistência:

*AXI: Melhoria assim... Como eu vou saber te explicar? No geral, num todo. Por exemplo, assim: a turma tem a especialidade, n'ê? **A população reclama muito que a gente não tem um Raio X... a gente não tem especialista em ginecologista, um pediatra, n'ê?***
(destaque do autor).
*Pela região ser muito carente... eles solicitam, assim... eles pedem muito isso, n'ê? E assim, a gente... eu participei também aqui da ONG, cinco anos mais ou menos, e a gente fez bastante assim... **a gente fez abaixo assinado, pedindo esses tipos de especialidades, mas até agora a gente não alcançou***
(destaque do autor).

*(...) Ah sim, porque tem pessoas que assim... Acha que a gente não desenvolve... **Acha que a gente não atende...** Não é. **Tipo assim: o que eles queriam, na realidade, aqui no bairro, seria uma AMA.** Aí seria...*

(...) Uma AMA... Chegar a ter Raios-X, ter um ortopedista ali para estar vendo, entendeu? Porque acontece muito de chegar acidente... Essas coisas, n'ê? Crise de bronquite e tal. Então...

E a senhora acha que o PSF é um pouco diferente nisso?
AXI: É um pouco diferente. Então, eles cobram muito isso...
E como é que é?
AXI: O PSF mais trabalha com a saúde... A prevenção à saúde.

Para GOULART (2002), a mudança no modelo assistencial, centrada em programação de atividades para grupos de risco e oferta organizada, confronta-se com as demandas individuais por assistência, constituindo-se importante nó crítico da ESF que precisaria ser equacionado. A criação de um segundo nível de complexidade da Atenção Básica, constituído por especialistas nas clínicas básicas e outras, selecionadas conforme o perfil local de necessidades possibilitaria a interconsulta, o aumento da resolatividade dos casos, a constituição da USF como porta de entrada e a integração da rede de serviços de saúde.

De maneira mais crítica, um dos médicos da ESF, alude a certa “cultura da doença” contida na assistência demandada pela população, em contraposição à uma cultura de maior prevenção ou promoção de saúde:

Dr.R. “A realidade da periferia, eu acho louca de tudo. Tanto que eles... a única coisa que passa a ser um ingrediente de, de... como que eu digo? Que faz a roda virar, que motiva, é a novidade”... “eu tô doente”.

*(...) Eu venho de um mundo onde a doença é uma coisa que tem que ser revertida para um estado que todo mundo quer que é a saúde. As pessoas talvez por terem posse acreditam e vão atrás disso. Não é essa a postura aqui.(...) Aqui eles perderam essa noção de saúde, que é um objetivo e era o “steadystate”. A base... Certo? A doença é uma saída disso que você vem com remédios e o que eu posso fazer é um voltar naquilo. Aqui não. **Eles ficam felizes de entrar num ritmo onde existe um fluxo contínuo de remédio e o acesso ao médico. Então eles aceitam o estado de doença (destaque do autor).***

Para STOTZ (1991) as necessidades de saúde situam-se no nível das necessidades sociais mais gerais como demandas constituídas por sujeitos coletivos que expressam determinadas carências ou necessidades geradas pelo modo de produção e pela organização social. Ainda que estas sejam determinadas e constituídas social e historicamente, **só poderão ser apreendidas em sua dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o individual e o social. (destaque do autor).** O que se poderia dizer então, em relação ao princípio de Integralidade, de não serem ainda contempladas de forma mais consistente ou mesmo normativa, ações,

sejam elas de Promoção, Prevenção ou de Atenção em Saúde Mental na ESF?

Concluindo as percepções sobre Integralidade, compartilham-se nesse trabalho as afirmações de MATTOS (2001, p. 61), no sentido de se superarem as dicotomias e reducionismos:

*(...) “quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade **implica uma recusa ao reducionismo**, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo” (destaque do autor)*

E, ainda, para o mesmo autor, esta luta pela integralidade trava-se no interior dos serviços de saúde e em todas as instâncias, em arenas de pactuação e nos diversos níveis de gestão e contando ainda com a participação popular nesses debates.

6.2.2.1.2 O Trabalho, organização e processo. A Equipe

Em relação às percepções dos profissionais sobre o tema do trabalho em saúde, organização e processos na ESF das unidades serão buscadas aproximações com alguns conceitos teóricos adotados para esta análise.

Como as demais práticas sociais, as práticas de saúde se constituiriam efetivamente em trabalhos inseridos em processos de produção de serviços, e poderiam ser distinguidos entre processo de trabalho e processo de produção, na qual esse diria respeito ao âmbito macro institucional e, aquele, ao âmbito microinstitucional, ou seja, referida à esfera da ação humana, da realização concreta, do exercício cotidiano do trabalho. Nessa esfera, como veremos adiante, o agente será apreendido na sua articulação com o objeto, os instrumentos e a atividade própria do trabalho e só pode ser entendido se inserido numa certa divisão do trabalho (PEDUZZI, 1998).

Apoiando-se em Marx e Braverman, COELHO et. al. (2009), destacam que de um lado, o trabalho em saúde tenderia a ser compreendido

como ancorado profundamente na ciência e assumindo seus instrumentos de trabalho materiais uma posição privilegiada ao mesmo tempo em que assume as particularidades inerentes à divisão social e técnica do trabalho. Essa divisão organiza os serviços de saúde para produção do cuidado a partir de duas lógicas, a saber: a do trabalho artesanal do tipo profissional, e a do trabalho parcelado, em que a concepção e execução dão-se separadamente alienando o trabalhador do processo de produção global, citando Pires e Ribeiro (COELHO et al., 2009).

Para PEDUZZI (2001), em estudos do trabalho em saúde no Brasil e na América Latina vem sido utilizada a categoria analítica “trabalho”, segundo a vertente marxista¹⁷, trazida principalmente pelos trabalhos de Mendes – Gonçalves¹⁸, que investigam a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde e à conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho (objeto, instrumentos e agentes). Schraiber,¹⁹ é outra autora importante também cujos estudos aprofundam o conhecimento da subtotalidade representada pelo trabalhador no processo de trabalho.

Ao se investigar tecnologia do processo de trabalho em saúde devem ser considerados, o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao conferirem o sentido técnico ao processo, fornecem-lhe um sentido que é articulado socialmente. Dimensões, distinguíveis analiticamente e forçosamente, sobrepor-se-iam aos mesmos aspectos da realidade e não podem ser tomadas nem como justapostas e nem como apenas interdependentes (GONÇALVES, 1986).

Outro aspecto também enfatizado por esse autor é que os processos de trabalho e produção de serviços de saúde tenderiam a ser compreendidos em suas representações sociais, como firmemente ancorados na Ciência e privilegiadamente configurados nos seus instrumentos de trabalho materiais.

¹⁷ Ver: Karl Marx – *O Capital*

¹⁸ Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades e Tecnologia e organização social das práticas de saúde.*

¹⁹ Lilia Blima Schraiber. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade.*

Para MERHY (1997), no entanto, os trabalhos de Ricardo Bruno²⁰, ou nele inspirados, apontariam o “predomínio do aprisionamento do processo de trabalho em saúde” a apenas uma “lógica instituída e dada estruturalmente”. Principalmente, porque tomariam “os saberes tecnológicos constituídos, como a única presença instituinte e determinante da totalidade histórico-social, na micropolítica do trabalho”.

Em uma percepção mais otimista, crítica e complementar a esses conceitos, Merhy, vai trazer para a discussão relativa aos processos de trabalho em saúde, o conceito de “Trabalho vivo em ato” (MERHY, 1997).

Esse autor investigou e concebeu o trabalho em saúde como um processo relacional, produzido através do chamado trabalho vivo em ato, quando, a partir do encontro entre duas pessoas, estabelece-se um jogo de expectativas e produções criando escutas, falas, empatias e interpretações. Para esta realização, seriam utilizadas as tecnologias de saúde tipificadas como: (a) tecnologias duras têm em sua estrutura uma característica dada *a priori*; (b) leve-duras apresentam uma parte estruturada, o conhecimento, e outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador; (c) leves dizem respeito aos aspectos inter-relacionais.

Para Merhy, portanto, uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação, o modo como esses sujeitos se interseccionam, permitiria realizar uma nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, “ao se tomar como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que seria essencialmente um tipo de força que operaria permanentemente em processo e em relações” (MERHY, 1997, p.101).

Ou, em suas próprias palavras:

“O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente.” (MERHY, 1997, p.71).

²⁰ Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves

Esse autor apontaria conseqüentemente para a possibilidade da construção de tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e mesmo em processos de gestão no trabalho em saúde.

Poder-se-ia concluir afirmando que as características dessas tecnologias seriam então aquelas, em suas próprias palavras, capazes de provocarem:

“(...) “ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar a busca de processos que focalizem o sentido da ‘captura’ sofridos pelo trabalho vivo e o exponham as possibilidades de “quebras” em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente” (MERHY, 1997, p. 101).

Retomando PEDUZZI (2001), esta autora cita Habermas²¹ que introduz a decomposição do conceito de trabalho em dois componentes, os quais, ainda que interdependentes, na prática seriam analiticamente distinguíveis e mutuamente irreduzíveis: o trabalho, como ação racional dirigida a fins, e a interação.

A existência de relação recíproca entre trabalho e interação, não tornaria possível a redução da interação ao trabalho ou a derivação do trabalho a partir da interação. O trabalho abarcaria a ação instrumental e a ação estratégica: a primeira, orientada por regras técnicas, e a segunda, por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro. Esta seria uma ação racional teleológica. Como ação instrumental e/ou estratégica, o trabalho vai buscar seu êxito na obtenção de determinado resultado. Já a interação refere-se ao agir comunicativo que seria simbolicamente mediado e orientado por normas de vigência obrigatória. Essas definem as expectativas recíprocas de comportamento que têm de ser entendidas e reconhecidas por, pelo menos, dois sujeitos. Portanto, é regida por normas consensuais e funda-se na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo, livre de coação interna ou externa.

²¹ Jurgen Habermas, *Consciência moral e agir comunicativo*.

Habermas chamaria de agir comunicativo às interações nas quais as pessoas envolvidas põem-se de acordo para coordenar seus planos de ação. Esse acordo alcançado seria medido, em cada caso, pelo reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas em qualquer ato de fala.

Dessa relação recíproca entre trabalho e interação, tal como interpreta Habermas, destacar-se-ia, pois, da perspectiva da interação, o destaque para a intersubjetividade, nos termos de sua análise do agir – comunicativo e ainda da perspectiva do trabalho, seu âmbito de atividade ou intervenção técnica. E, portanto:

Entende-se que é por meio dessa prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, que os profissionais podem arguir mutuamente o trabalho cotidiano executado e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos usuários, além de reiterar o projeto técnico já dado, no que se fizer necessário. (p.205)

A mesma autora, citando SCHRAIBER e PEDUZZI (1993) destaca que os profissionais exerceriam sua autonomia técnica frente às necessidades de saúde dos usuários, ou seja, em sua esfera de liberdade e de liberdade de julgamento e de tomada de decisão, como sujeitos do processo de trabalho. A utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho em saúde procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que já seja definitivo e único antes de sua implementação. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou à menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho (p.305).

Ao se examinarem as percepções referentes ao trabalho e sua organização e processo, procurou-se inicialmente um referencial normativo existente e partiu-se, a partir daí, para uma descrição geral da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a “revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d).

Em sua página 26, este documento, após definir uma série de ações e normativas que fogem dos limites de análise nesse trabalho, traz diretrizes para o processo de Trabalho da Saúde da Família, os quais seriam:

*I - **manter atualizado o cadastramento das famílias** e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;*

*II - **definição precisa do território de atuação**, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;*

*III - **diagnóstico, programação e implementação das atividades** segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;*

*IV - **prática do cuidado familiar ampliado**, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;*

*V - **trabalho interdisciplinar e em equipe**, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;*

*VI - **promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais**, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;*

*VII - **valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva**, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;*

*VIII - **promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social**, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e*

*IX - **acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas**, visando à readequação do processo de trabalho. (destaque do autor)*

O documento ainda se estende com as atribuições comuns e específicas a todos os profissionais. Para não se estender demais, serão reproduzidas apenas as atribuições gerais para todos os profissionais que seriam:

*I - **participar do processo de territorialização e mapeamento** da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;*

*II - **realizar o cuidado em saúde da população adscrita**, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;*

*III - **realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;***

*IV - **garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea**, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;*

- V - **realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;**
- VI - **realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;**
- VII - **responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;**
- VIII - **participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;**
- IX - **promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;**
- X - **identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;**
- XI - **garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;**
- XII - **participar das atividades de educação permanente; e**
- XIII - **realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (destaque do autor)**

As percepções trazidas pelos profissionais, no tema da organização do trabalho, são unânimes em reconhecer uma forte organização normativa, reproduzindo um trabalho multiprofissional, em equipe e conferindo-lhe um caráter mais fragmentado e parcelar em saúde.

Um ACS, por exemplo, quando refere que acabou de receber um treinamento:

E: “A gente aprendeu o que cabe a função de agente comunitário. O que cabe a gente fazer. (...) de a gente visitar... fazer a visita domiciliar... a entrega dos encaminhamentos... a monitoração de consulta. A gente tem que acompanhar se o paciente está fazendo consulta ou não, se está fazendo o controle da diabetes, hipertensão...”

Esta organização geral, em sua dimensão mais administrativa e o cumprimento de metas bem definidas segundo os critérios avaliativos acordados é louvada nessa percepção de um gerente de unidade:

*GH: “E as pessoas falam: “- Puxa, você é a primeira pessoa que traz aqui, que é importante cumprir meta.” É importante sim. Quem no mundo não cumpre meta? Quem no mundo não cumpre objetivo empresarial? Eu desconheço. Só que é o seguinte: eu quero que você cumpra e entenda que **isso que você está fazendo, as VDs que você cumpre a meta, o número e a quantidade de consultas, esta se revertendo para a população. Não adianta você olhar para o número. Você tem que olhar que isso, está se revertendo em benefícios para pessoa. Que aquela pessoa que você não ia atender hoje você atende, e você atende ela, o vizinho dela, a família dela e os filhos. Então é isso que eu tento trabalhar quase que sistematicamente. E eu não gosto muito desse...”***

Por outro lado, estas metas possuem outra conotação por parte de alguns profissionais. A percepção aqui é de queixa, insatisfação e de desqualificação das metas. Percebe-se esta desqualificação de metas “de produção” mais por parte dos médicos:

DR.R. “Faço. Eu faço o padrão são duas que eles chamam de VD’s²², por semana. E eu acho uma parte desperdício. Não há necessidade de tanto”. (...) “Porque os pacientes que realmente necessitam de um atendimento domiciliar, que estão impossibilitados de vir aqui são poucos. Eles não são o suficiente para dar esta carga semanal repetitiva...”

DR.R. “Eu sigo as regras da casa... Que é... Existe uma exigência de volume e as consultas são poucas. Existe a meta aí de 400 consultas mês. Então, não tem jeito. Você não faz consultas de 40 minutos”.

DR.I “Não. Não. Porque eles também não têm... Tem outras atividades, n’ê? Que não estão conseguindo.. Que não são... Não tem o tempo... Aqui é baseado mesmo em hipertensão, diabéticos, puericultura , gestante e pouca... pequena quantidade em atendimentos gerais, que são de 15 minutos. Eu acho que 15 minutos para você atender um paciente que tem um problema de depressão, você não consegue falar com ele. Demora 15 minutos para ele falar pra você o que esta acontecendo... o que está tentando... n’ê?”

DR.I. Sim. Sim. Eu sou... a gente tem aqui a meta de 400 consultas, 32 vd’s, visitas domiciliares. Oito por semana. (...) E nessas vd’s a gente visita, vai conversando sobre se o pessoal está tomando o remédio corretamente, se está tendo algum problema, se alguém está tossindo mais de três semanas...

Embora fuja do âmbito deste trabalho, uma indagação pontual a respeito de se trabalhar com indicadores de produção na assistência individual por profissional, levando-se em conta a queixa desses profissionais médicos, não poderia deixar de ser realizada. Não se aprofundou, todavia, o esclarecimento, na entrevista, a respeito dessa queixa. Poderia argumentar-se a origem da queixa em duas interpretações, entre outras possíveis.

A primeira poderia ser baseada na expectativa desses profissionais exercerem suas práticas nos moldes de outro modelo, um modelo mais liberal de consultório particular (com “mais qualidade”) em que a “qualidade” (resolutividade?) pudesse suplantar a quantidade de casos atendidos. Poderia ser traduzida também na forma de ‘falta de condições adequadas de trabalho’, na ausência dessas condições idealizadas.

²² VD’s : conforme terminologia de tarefas do ESF: “Visitas Domiciliares”

A segunda possível interpretação estaria mais focada e até historicamente referida como “Medicina Previdenciária”, - inaugurada nos anos 70 - a certa “degradação da qualidade da assistência médica” não só pelas denúncias de corrupção e abuso, mas, sobretudo, pela forma de se financiar a Saúde Pública, no Brasil: a partir de certa lógica produtivista, em que “quanto mais se faz mais se recebe” (ações de saúde). Essa lógica, ao remunerar as ações médicas com baixo valor unitário - inclusive -, não teria contribuído para esta desqualificação da assistência médica individual? Esse fato, quando não mais bem reconhecido, *nesse nível do problema*, não contribuiria para as críticas ao chamado “modelo biomédico”? Aqui, no entanto, o problema não se colocaria *no nível epistemológico* e, sim, a uma forma degradada de prática induzida pelo financiamento do sistema. Foge, no entanto, aos propósitos deste trabalho o aprofundamento deste tema.

Todos os profissionais entrevistados reconhecem as responsabilidades de suas funções específicas de uma forma muito clara, suas ocupações distribuídas no tempo e horários e as metas a serem cumpridas nessa divisão do trabalho. Destaque-se aqui a questão da “organização administrativa” do trabalho, como se verifica nos exemplos abaixo:

DR.I. Eu trabalho das 7 às 16 horas. (...) Tá? Ahn.... Logo as 07h15min eu começo a atender (...) Diretamente. Consulta. Eu paro das 8 às 9 para ter uma reunião de equipe.(...) A gente fica discutindo...é... as necessidades da área, n'ê? As necessidades de consulta, as necessidades de acompanhamento. Além de tudo é... a enfermeira dá orientação para os agentes na questão da burocracia que existe aqui no pronto... do programa saúde da família, que não são poucas... Então, algo que demanda bastante tempo, n'ê? Ai eles vêm e tiram duvidas também, porque os pacientes abordam os agentes e eles tiram as duvidas com a gente, n'ê?

DR.I. É. Você tem que correr, n'ê? Porque tem sempre alguém batendo na sua porta.

AXI: Olha, basicamente, além das visitas domiciliares, tem atendimento ao público... A vacina, curativo, a medicação, n'ê? Faz medicamento EV... Faz medicamento IM... Faz medicamento VO...(.): Acolhimento também. Eu participo do acolhimento também. (...) Isso. Na semana que são 72 que a gente tem... a média que a gente tem são 72 VD's por mês. E assim... Eu fico na sala de medicação, de inalação... Fico no curativo, na vacina... A gente faz um rodízio, n'ê? Coleta de Papa Nicolau... A gente faz um rodízio na unidade inteira. (...) Eu entro às oito, n'ê? E saio às 17. A gente tem os horários de visita domiciliar que são dois a três períodos por semana.

EI: Tem uma escala de horários. Então, já é definido os dias da semana que eu atendo as crianças, gestantes e hipertensos. Tem horário definidos para atendimentos de visitas domiciliares. Aqui, nesta unidade, temos a parte do acolhimento, n'ê? Que a gente considera supervisão da enfermagem... Seria a triagem de porta...

ACR: *Às 7 da manhã, a gente entra. E daí das 7 às 8, a gente tem a reunião de equipe com o médico, enfermeiro, auxiliares e as outras colegas de trabalho. Aí das 8 às 9, eu faço horário administrativo: eu mexo em prontuário, ficha... Ficha a, ficha b, ficha c, relatório, pego kit que vou descer para a rua. Aí, 9 e meia, mais ou menos, eu estou descendo... Começo a fazer as visitas de casa a casa. (...) Às vezes o médico desce com a gente, que eles têm o dia deles descerem também. E os enfermeiros e auxiliar... São programadas. (...) É corrido, né? Muita coisa, mas dá sim.*

Não há reparos a se fazer nessa organização, do ponto de vista dos profissionais, pois não se observaram queixas do ponto de vista do 'trabalho em campo' ou do produto direto de seu cuidado realizado, ou seja, esta organização parece competente ao não sobrecarregar os trabalhadores individualmente e parece bem distribuída mesmo em relação às metas a serem cumpridas.

Parece bem compartilhado e acordado aqui, por dois profissionais de categorias diferentes:

ACR: *"De início, quando nós entramos, a gente pensa totalmente diferente do que é realmente aqui dentro. Porque é muito trabalho que precisa de muita organização, precisa de muito interesse também... Se dedicar bastante e se organizar para poder elevar, né? Se não, não consegue".*

DR.I. *"Bom, em relação o que eu estava vendo em outro PSF, aqui eu vi que o pessoal era mais organizado. Era mais sistematizada a questão de marcação de consulta... a questão da... Da procura do dia que eles têm aqui, que é o acolhimento. Eu achei aqui mais organizado".*

Este cotidiano, mediado pela organização do trabalho, é interrompido, ou pode-se dizer "sobrecarregado", no entanto, pela emergência da "demanda espontânea":

GI: *"Me chega uma urgência, fica todo mundo preso aqui. Para vacina, para curativo, para inalação, para Papa Nicolau... porque os outros estão ou em VD, ou em grupo... Então, nós temos a questão da unidade básica com as suas necessidades de unidade básica, e nós temos a estratégia de saúde da família. Administrativamente, eu tenho um posto que é uma sede e dentro eu tenho uma equipe que faz Programa Saúde da Família... ou um grupo ou que seja uma estratégia em saúde da família".*

Ou por uma usuária "psiquiátrica":

AXI: *Então. Ajuda. Sabe por que ajuda? Porque, assim: no caso você... Você tá na unidade... Você tá, né? Você circula a unidade inteira, né? E de repente você se depara, por exemplo, tem a "R." que é uma paciente psiquiátrica super agressiva. Então, ela chega, ela acaba atrapalhando o serviço de todos. E ela estando assistida, estando medicada, estando calma. Quer dizer... Ela não vai, né? Atrapalhar o seu serviço.*

Deve-se registrar, no entanto, cotidianamente, a sobrecarga em relação à "parte burocrática", apontada nas percepções dos profissionais. Isto

parece indicar uma relação fragmentada em relação ao registro de atividades realizadas e relatórios etc., pois não reconhecem a necessidade do registro das atividades para compor um banco de dados e informação como uma parte e uma necessidade do processo de trabalho conforme descrito no item XI²³ do documento anterior. Parecem perceber esta atividade como “estranha” ao trabalho, tomada aqui em seu aspecto “burocrático”:

“Eu acho que eles se queixam muito disso, da questão da produtividade... do papel p’rá preencher... eu não sei exatamente quais são, n’ê? as intenções deles, assim... todas... Eu sei que... mas não que o gerente os mande eles fazerem, porque é uma coisa que vem lá da onde? Lá de cima de outra, Lá de cima n’ê? São coisas que eles precisam fazer... tarefas que eles tem de cumprir... mas então, os agentes falam muito que eles tem muito papel p’rá preencher, cada vez mais”...

“E eu sei que em outros PSFs deveriam atender também. Então o que eles falam é assim, que cada vez mais tem mais papéis para preencher, mais cobrança de papel.”

“Então eu vejo esta queixa assim. O pessoal reclamando muito assim... Os médicos. Os enfermeiros... Acho que mais os médicos e os a gentes de saúde reclamam muito da papelada”.

El: “do serviço que você vai acumulando... Burocrático. (...) O serviço burocrático aqui é muito grande”.

*ACR: “Não... Assim, quando a gente entra aqui, a gente acha que é uma coisa mais simples, n’ê? Sabe que tem que trabalhar que é bastante coisa, mas que não tinha tanto papel. **A gente não sabe que tem tanto papel.**” (...) “Muito papel, muita ficha. (...) Muito. A gente preenche muita coisa no papel. É ficha da dengue, é ficha de TB. Ficha de vacina, quantas crianças foram vacinadas, quantas não foram, adulto no caso da campanha da rubéola, que é até dia 12 agora, a gente tem que dar de conta de 20 a 39 anos, quem foi vacinado, quem não foi, o por que ... e correr atrás... Tem que estar no papel. De boca não adianta. Tem que estar escrito, n’ê? Cada conta... tanto a gente, quanto quem é responsável por esta área, n’ê? É muito sobrecarregado”.*

Essa forma de organização do trabalho pode gerar uma relação especialmente burocratizada do profissional com o saber, com sua prática e, ao mesmo tempo, uma tendência para relacionar-se apenas com a realização adequada do procedimento. A alienação, a progressiva perda de contato do profissional com dimensões potencialmente estimuladoras de sua criatividade, a diminuição do compromisso e da responsabilidade com o objetivo final de sua intervenção produzem danos para os usuários, para o conjunto do projeto de saúde e para o próprio trabalhador (CAMPOS, 1997).

SCHRAIBER et al. (1999), destacam que trabalhadores diversos de uma mesma equipe deveriam compartilhar informações não só dos usuários

²³ Ver pág.182, nesse trabalho.

dos serviços como também de toda a população potencialmente usuária em geral, o que configuraria uma referência mínima no sentido da construção dos projetos assistenciais comuns. Por isso, a temática da informação – sua geração, registro e transmissão ou socialização – articular-se-ia ao trabalho em equipe, quando se pensa em integrar esses profissionais nesse sentido, ou seja, do ponto de vista dos processos de trabalho e articulação de seu conjunto. Tais informações devem ser ainda referidas aos desenvolvimentos efetivamente experimentados de produção dos cuidados, nos trabalhos especializados e, além disso, essa questão da informação deveria articular outra “equipe” de trabalho: a que reúne os produtores diretos do cuidado e os gerentes dos serviços. Através dela, podemos tomar a perspectiva articuladora dos trabalhos em um projeto comum, como objeto do trabalho gerencial.

E ainda que:

“De outro lado, a troca de informações, se é peça chave da comunicação nas relações interativas, não recobre, de certo, todas as questões que antes referimos acerca dessa interação. Não obstante, um projeto de trabalho de base comunicativa, não se inicia sem prever práticas e instrumentos para tal e quais informações serão alvo desses procedimentos”. (p. 234)

Os mesmos autores corroboram esses achados da pesquisa ao afirmarem ainda que:

“Para o produtor direto, informações do tipo gerencial são tidas como apenas uma tarefa mecânica adicional, com a qual raras vezes sentem-se dispostos ou motivados a colaborar. A nosso ver, uma melhora nesta direção é dependente do encontro de um sentido tecnológico a esse agente para tal atividade, exigência que se coloca para os formuladores das políticas públicas ou políticas institucionais e do planejamento dos serviços, além dos gestores. Essa questão é problemática a ser, certamente, melhor conhecida” (p.236). (destaque do autor).

Para PEDUZZI (2001) existiriam na literatura e no quadro teórico duas noções que recobririam a ideia de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. Aquela seria caracterizada pela fragmentação, e essa última pela construção de possibilidades de recomposição mais consoante com proposta da integralidade das ações de saúde e a necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados. Essa articulação dar-se-ia quando o agente, nas

situações de trabalho, elaborasse e colocasse em evidência as diversas conexões entre as diversas intervenções realizadas, rompendo e superando o isolamento dos saberes e suas disciplinas exigindo uma interação maior entre os agentes.

Em relação à questão da multiprofissionalidade pelo menos duas dimensões do trabalho, apresentar-se-iam separadas apenas para efeito de análise, uma vez que, inter-relacionam-se intrinsecamente na prática: a dimensão já dada pela racionalidade dominante, objetiva e material da organização dos procedimentos de saúde; e a dimensão subjetiva e simbólica da referida organização, que diz respeito aos sujeitos e a formulação dos projetos de ação pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador em particular e a cada categoria profissional, também em particular.

Os profissionais, embora pareçam compartilhar de um projeto assistencial comum, suas contribuições seriam parcelares e especializadas sem demonstrarem qualquer questionamento maior sobre esta prática em equipe, como verificado com este ACS:

*E: "de a gente visitar... Fazer a visita domiciliar... A entrega dos encaminhamentos... A monitoração de consulta. A gente tem que acompanhar se o paciente está fazendo consulta ou não, se está fazendo o controle da diabetes, hipertensão... (...) A gente aprendeu o que cabe a função de agente comunitário. O que cabe a gente fazer. (...) O meu horário de trabalho é das 8 às 17. Então, primeiramente, é feita a **reunião de equipe, n'é? Que é uma hora de reunião de equipe com médico e enfermeiro... Quando a gente passa para o médico e o enfermeiro as necessidades de...** O relatório de visitas fica no kit do agente comunitário. O que a gente faz é guardar as evoluções do médico no prontuário. A gente guarda a evolução, mas a gente não... Não. A gente não pode escrever. (...) Isso. **Aí o médico, ele vem com a melhor forma de a gente estar resolvendo isso... Se é com uma consulta ou não**".*

*GR: "Na reunião técnica são os médicos e os enfermeiros e **em algumas os auxiliares. A gente não coloca em todas porque tem assuntos que não cabem a eles. Ai os auxiliares...** Ai eu faço uma reunião é... mensal com os auxiliares administrativos, uma mensal com agentes e uma de dois em dois meses, quando tem necessidade de mês em mês, uma geral".*

*DR.I. "A gente fica discutindo... é... as necessidades da área, n'é? As necessidades de consulta, as necessidades de acompanhamento. Além de tudo é... a enfermeira dá orientação para os agentes na questão da burocracia que existe aqui no pronto... do programa saúde da família, que não são poucas... Então, algo que demanda bastante tempo, n'é? **Aí eles vêm e tiram duvidas***

também, porque os pacientes abordam os agentes e eles tiram as dúvidas com a gente, né?"

DR.R. Eu não acho que, essa verticalização de ação aqui de equipe tem um limite. Tem um limite. É um assunto muito delicado, especializado. Eu não vejo com bons olhos o envolvimento de ACS não. É muito bonito falar: todo mundo faz, todo mundo leva, todo mundo traz... Mas eu acho que não é muito por aí não.

Percebe-se que as orientações normativas parecem também interferir fortemente nos processos de trabalho individuais ao determinar especificidades (e metas a serem cumpridas, por exemplo) que não conseguem ser superadas nas práticas cotidianas desses profissionais em equipe. Nesse aspecto, estas equipes parecem mais próximas do trabalho em **equipe agrupamento** conforme tipologia preconizada por Peduzzi.

Além disso, conforme se podem inferir em alguns depoimentos desses profissionais, as diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais, mas podem constituir-se em barreiras hierárquicas e disciplinares de acordo com desigualdades que se referem à existência de valores e a normas sociais. Ou seja, correspondem distintas autoridades técnicas e legitimidades sociais às diferentes áreas profissionais. Isto significaria que algumas profissões seriam "superiores" a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes - sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2001).

Como no caso dessa auxiliar de enfermagem ao não ousar questionar uma "provável hierarquia":

"O que você vai falar para um paciente que está precisando ser medicado nisso, ou você vê que é apenas um calmante, né? Viria a resolver... Mas não foi prescrito. E aí quem é você para, né? Questionar a conduta do médico. Você não vai questionar a conduta do médico. Você até fala o que você acha, mas é o médico quem vai decidir".

A possível cisão ou tensão entre trabalho e comunicação dos agentes decorre do caráter distinto do agir - instrumental e do agir - comunicativo, pois

o primeiro visa a um dado fim *a priori* e o outro busca o entendimento e o reconhecimento mútuos. Pode-se dizer que a prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto, ao passo que no agir instrumental busca-se certo resultado independente das vicissitudes do percurso. É por isso que será um agir comunicativo e técnico aquele em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção.

Por outro lado, percebeu-se também a ocorrência de elementos concorrentes e não mutuamente exclusivos em relação aos dois tipos de trabalho em equipe percebidos por PEDUZZI (2001).

Formula-se aqui uma hipótese na qual, características consideradas como, ora, de "equipe – agrupamento" e/ou, ora, de "equipes integração" pudessem também apresentar-se de maneira concomitante nos processos de trabalho, conferindo-lhes por vezes um caráter mais híbrido, apesar do já considerado até aqui:

*AXI: O enfermeiro, o médico. A gente sai para a visita domiciliar, para ver um caso. E aí, a gente traz uma queixa de uma família. A gente para o médico e o enfermeiro na reunião. Então, assim... Eles procuram estar resolvendo. **Eles procuram estar indo fazer VD com a gente para estar analisando o mesmo caso, entendeu?** Então, eles estão sempre se interagindo com a gente. Eu acho importante isso.*

AXI: Por exemplo: vamos supor... Eu fui fazer uma visita domiciliar, no caso, de um cadeirante que assim... Ele está com muito assim escara, né? Na região de cóccix, né? Pernas assim. Então, e necessidade assim de estar avaliando, de fazer curativo... Material e essas coisas. Então, a gente chega, né? Com a equipe, discute o problema do paciente... Passa o problema daquele paciente e procura resolver da melhor forma possível. Por exemplo: hoje mesmo a gente solicitou o material de curativo. Avaliou a ferida como é que está... O grau de estágio de cura, né? Se está fechando, como é que... Todo esse tipo de coisa a gente discute na reunião.

Nesse sentido, a recomposição desses saberes e práticas parcelares requerem a articulação das ações, a interação dos agentes e a superação isolamento dos saberes e suas disciplinas:

ACR: "Não. A equipe dá o máximo possível. Todos se reforçam de um ajudar o outro... São unidos. (...) Hoje. Da equipe. É, porque, a gente se une e um procura ajudar o outro na equipe. Então, na medida do possível, cada um dá o melhor de si. Então, tem união, tem compreensão. Não posso dizer, assim,

que...É. Porque nem tudo a gente consegue resolver sozinho. Sempre precisa de uma segunda opinião".

Essas últimas expressões poderiam ser aquelas em que a comunicação são concebidas e praticadas como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe. Os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum (PEDUZZI, 2001).

Enfim, os profissionais destacariam a elaboração de um projeto assistencial comum, construído por meio da intrincada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação (no sentido do agir comunicativo):

*E: "Eu cobro bastante. Eu falo: - Olha, tal paciente está cobrando muito aquela coisa que eu pedi, e até agora não foi solucionado e **pergunto como a gente vai fazer. Eu busco bastante É importante procurar a solução para isso.** (...) A gente faz todo dia das 7 às 8 da manhã. **A gente discute os casos com a equipe, com os agentes comunitários, os auxiliares de enfermagem, os médicos, a gente traça aí nossa estratégia de ação".***

*GI: "Este foi o primeiro momento, é você estruturar a tua equipe. Segundo: elas entenderem e abraçar o Programa. Se elas tiverem simplesmente para cumprir tarefas ou cumprir uma obrigação, você também vai ter limites nos resultados. (...) **Os problemas, a gente sempre trabalha de que eles são oportunidades. Oportunidades para melhorar, para revisar... Então, não são problemas... são oportunidades. Nós temos uma reunião semanal. Semanalmente nós relembramos, reforçamos esta situação digo de um envolvimento diferenciado.** (...) Reuni todo mundo. E todo mundo acaba colocando as suas ansiedades. E você faz a leitura da pessoa. Você tem ali um grupo... às vezes eles estão inibidos para falar, alguma coisa... você faz a leitura do que está acontecendo. Aí você tem que desenvolver esta habilidade de conseguir ler a linguagem corporal dos funcionários. Você vê as expectativas, ansiedade, desânimo. E ali você trabalha um pouquinho mais. Só abrindo um parênteses, nós fazemos reuniões semestrais fora do ambiente de trabalho. Ou vamos para um sítio, ou vamos para uma chácara, a gente faz um motivacional mesmo".*

Vai se finalizar este tópico com o próprio destaque de PEDUZZI (2001):

"O trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência. Portanto, há possibilidade de construção da equipe-integração mesmo nas situações nas quais se mantêm relações assimétricas entre os distintos profissionais. O que poderá diferenciar a maior ou menor integração será a prática de arguição da técnica e da desigual valoração social dos distintos trabalhos por meio do agir - comunicativo, visto que este pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas, mas, sobretudo, um horizonte ético." (p.108)

Outro tema importante operando na dimensão dos processos de trabalho é o da "Humanização".

Para SOUZA e MOREIRA (2008) a necessidade de humanizar a atenção à saúde é decorrente da observação de que, em algum momento no desenvolvimento da prática clínica tradicional, a perspectiva da relação entre o agente da terapêutica e o paciente foi estruturada/orientada essencialmente pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados. Os achados, já descritos nas percepções dos profissionais ao longo desse trabalho e na análise realizada até aqui, corroboram de alguma maneira essa assertiva.

ER: "Protocolo de hipertensos. Sempre muda alguma coisa, de diabético. É sempre bom estar se atualizando, né? Saúde mental também..."

ACR: Isso. A gente vai à casa da família. Eles perguntam muito se eu vou... sobre a saúde dela, papanicolau, vacina, ou se o bebê esta com a vacina, ou se ele tomou a vacina necessária, se a mãe tem consulta de pré-natal, se esta indo direitinho, se as crianças tão bem...

A profissional entrevistada exemplifica sua angústia quando percebe uma necessidade de conversar mais com um paciente, mas se o fizer, a "fila não anda" (destaque do autor), ou seja, o processo de trabalho parece estruturar-se no sentido mais "desumano", pois ela foi treinada para identificar patologias e alterações relacionadas:

EI: Então, aqui, eu acho que depende muito dos casos, que tem muita... a maioria das pessoas que a gente julga que está aqui todo dia querendo conversar... Por exemplo, o acolhimento. Enche todos os dias as mesmas pessoas que vem aí. Mas eles querem conversar uma coisa. Então, tem muita gente que senta no acolhimento, conversa qualquer coisa que aconteceu com ele e depois vai embora...

EI: Eu acho que não só como não ter ideia de como fazer, que às vezes você identifica, mas não sabe como fazer... Mas também, ao mesmo tempo, é de você querer conversar... Não conversar direito, porque você tem uma angústia do tempo. Você sai já naquela angústia de que você deveria ter conversado melhor e não conversou. Então, isso já te gera uma angústia... Então, você fica nessa... Muitas vezes dentro do acolhimento. Quantas vezes eu tenho vontade de pegar o paciente e dizer: "- Vamos à sala, que eu acho melhor a gente conversar isso melhor" e aí tem aquela fila e você diz: "- Não. Não vai dar". Vou ter que dispensar. E amanhã ele vai voltar de novo, e vai gerar uma outra...

Apoiando-se em Campos e Testa, os autores referem-se a que esta perspectiva (na direção da patologia) se aproxima daquilo que se denominou

“objetualização do paciente”, “excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções”, citando Ayres ou mesmo a “coisificação” do corpo biológico, citando Campos.

Uma das expressões concretas desse processo nos serviços de saúde é a forma como se estabelecem as relações entre os trabalhadores de saúde e os pacientes, nas quais a alienação e o desequilíbrio de poder são evidentes. Os usuários “acabam reduzidos à condição de objetos, ou de algo muito mais próximo ao estado de coisa do que de sujeito” (CAMPOS, 1997, p. 243).

Valoriza-se cada vez mais a realização de procedimentos – deificação dos meios – e verifica-se cada vez menos se a mobilização desses meios produziu ou não saúde, redundou-se ou não em reabilitação, em reparação ou em prevenção de danos e se isso se efetivou com o menor custo e com a menor imposição de sofrimento e de desconforto às pessoas (p. 252).

Estas ideias sintetizariam certa autonomia da doença sobre o sujeito humano, a supervalorização do corpo biológico e da desatenção para as experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado (SOUZA E MOREIRA, 2008).

E ainda que:

Tal perspectiva se desenvolve dentro de uma tradição da prática clínica na qual o corpo é tornado o locus da intervenção e da operacionalização do saber científico dos especialistas. A biomedicina, ao fragmentar o corpo em diversas partes, que se tornam objetos das mais diversas especialidades, separa a doença de seu caráter de experiência humana, passível de significação e processualidade. O sucesso da biomedicina advém de sua capacidade de se tornar um campo de saber produtor de um ethos de classe, cuja característica central é a desumanização de seus praticantes, em nome do não envolvimento afetivo, garantindo uma intervenção clínica orientada exclusivamente pela objetividade (p.330).

Segundo a Política Nacional de Humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, p. 6), introduzir a questão da humanização da assistência possibilita a discussão de "questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde".

O próprio documento destacou que:

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida

como apenas um 'programa' a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (destaque do autor, p. 6)

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS.

É nesse ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Nesse sentido, este documento orientador da Humanização - ao definir a saúde como valor de uso - enfatiza como padrão na atenção: o vínculo com os usuários; a garantia dos direitos dos usuários e seus familiares; o estímulo a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. (p. 7)

Um dos pilares dessa política nacional de humanização seria o chamado "Acolhimento", como princípio e prática, que deve permear todos os serviços de saúde do SUS.

O Ministério da Saúde (MS) propôs, portanto, por meio do programa Humaniza SUS, a humanização como eixo de orientação das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. De acordo com tal programa, humanizar é: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

O acolhimento, como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorece a construção de uma relação de confiança e de compromisso dos usuários com as equipes e os serviços,

contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c, p. 3).

O acolhimento deveria significar a humanização do atendimento, portanto, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Buscaria organizar uma nova "porta de entrada" que deveria garantir o acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema. Além do mais, deveria assegurar também, a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantir o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário (FRANCO et al., 1999).

O acolhimento é realizado em todas as unidades pesquisadas e faz parte do cotidiano de suas práticas, principalmente nas unidades da ESF. São realizados por equipes, em sistema de rodízio pelo enfermeiro que fica na supervisão.

*É que tem gente que precisa de ambiente novo e entende aqui ser um ambiente diferenciado. Aqui não tem um shopping, não tem uma praça que vale a pena visitar... falta um centro. O posto recebe, ele conversa com gente inteligente. **Tem gente que senta para conversar com as enfermeiras... não por nada, é porque é alguém que conversa com eles. Tem gente que cria doença atrás de doença para vim conversar com alguém aqui dentro.** Não conseguem passar com um médico, mas passam com um auxiliar, mas passam na sala de vacina, mas arranja curativo. **Tem gente que passa mal todo final de tarde para fazer inalação.** Tem uma senhorinha, conhecida nossa... Ta, às vezes ela complica de verdade e eu chamo os filhos: "- Ah, mas ela quer se aparecer...". Então, a gente já vê qual é a reação da família e tal... Nós fazemos uma atividade social também...*

Algumas incongruências podem ser observadas na organização do espaço do acolhimento em uma unidade, conforme descrito pelo próprio profissional:

Ei: Então, é individual, só que acaba tendo outros pacientes ao redor ali na frente. Porque é lá na porta, na frente mesmo da unidade a gente tem uma mesa. Então, não é uma coisa reservada para o paciente. Acaba inibindo também.

El: Se eu percebo que a pessoa esteja precisando mesmo e é uma coisa que eu não vou conseguir nem, com conversa, aliviar, ou vejo que a pessoa não se sente ou melhor ou está com uma agonia muito grande, eu chamo o médico.

Na situação descrita, a ausência de um espaço e de uma postura mais adequada para a prática do acolhimento acaba por descaracterizá-lo e confundindo-o mesmo com um simples atendimento de demanda espontânea na forma de queixas e de uma espécie “filtro” para o encaminhamento para o médico da equipe. Como assegurar localmente todas as condições que permitam aos usuários e profissionais expressarem de forma não constrangedora e de forma a estabelecerem vínculos de confiança e uma maior intimidade, incluindo a confidencialidade?

A adesão aos princípios já apontados é também demonstrada nas diversas percepções capturadas na pesquisa de campo:

El: O acolhimento seria uma parte de escuta qualificada do paciente. Então, qualquer paciente, mesmo os que não sejam cadastrados, chegam na unidade, com uma queixa, e aí nós fazemos a escuta e fazemos a conduta. Se for possível resolver dentro da unidade... se puder resolver, resolve ali mesmo na mesa. Se for necessário o médico... é chamado o médico.. é passado o caso para o médico. Senão encaminhado para outra referência...

Gl: "Mas você recebe as pessoas. Elas estão chegando no lugar ambiente. São pessoas antigas aqui, mas se cumprimentam... médico, enfermeiro... É aí o segredo de você começar bem. Começou bem o teu dia, é tranquilo. E os pacientes... a estratégia é saber que os usuários estão ali... a razão de você estar ali é por eles. Então, eu cumprimento eles, bato um papo. Está todo mundo com medo, em jejum, por causa da picada... as crianças já estão chorando.. tem gente que está com sono, tem gente que está com pressa. Aí você se apresenta, vai falar com eles, qualquer coisa, eles dão uma relaxada. O grupo sente isso. Então, se você consegue falar com o usuário, qualquer coisa: “-Tá frio! Ah logo cedo levar uma picada... É ruim, n’ê?””. O pessoal... Tem uma disposição melhor e o ambiente fica mais tranquilo. Então, isso aí é... é uma rotina. "A partir daí, as pendências que ficaram são muito poucas".

E: Eu escuto. Eu escuto, porque na maioria das vezes, o que eles precisam mesmo é de alguém que escute. Eu escuto o que eles têm para falar e depois eu aconselho. Peço para que ele fique calmo, que não é... não é ficando desesperado que vai ser solucionado alguma coisa. Ou que eu vou tentar resolver aqui na unidade...

*Gl: "Bom... Mas... O usuário uma vez que ele chega aqui, ele não entende que aqui é a porta de entrada de um sistema. Aí a gente volta aquela citação da pobreza, da informação, a pobreza da... o grau de ansiedade é muito grande. As necessidades se misturam dentro do usuário e ele tem acesso ao sistema de saúde, que seja. Ele chega... ele entende que a solução dele é... Ele entende até que o médico é a pessoa que vai fechar o problema dele. Então... e ele vem com essas expectativas. **E eu trabalho isso com a equipe de que a gente tem que entender de que nós não atendemos somente a doença, e nem somente o paciente.** Nós temos que tomar cuidado com a expectativa dele. Até o jeito de*

dizer “não”, que nem tudo é aqui. Mas quando você for dizer “não” para o indivíduo, você tem que tomar muito cuidado, porque você cria um abismo na cabeça desse indivíduo que ele depositou todas as expectativas na sua porta. Ele chegou no teu balcão... tome cuidado para dizer que não é aqui. Então, a gente tenta amenizar isso, trabalhando com os enfermeiros que quando for falar “não é aqui”, não é simplesmente “não é aqui”. Conversar... Acontece que o indivíduo vem com o problema de ansiedade dele... precisa e tem esse problema... Aqui não é a porta final, de entrada e o sistema é muito grande. E às vezes o problema dele não é aqui, precisa ir de um a dois degraus mais para dentro do sistema. Nós temos um fluxo estabelecido”.

Muitas vezes o acolhimento é, em parte apenas, apreendido como uma prática mais transformadora. Esses conceitos são tomados parcialmente e confundem-se com outros - mais hegemônicos, pode-se dizer - pois a prática do acolhimento realizada dentro das limitações locais acaba se constituindo então um enorme desafio, para esses profissionais:

*ER: “Penso que o paciente tem de ser acolhido, n’ê? O que a gente consegue fazer este acolhimento dele aqui, no primeiro momento”. **Só que chega na questão de encaminhar, o psiquiatra, e até mesmo o psicólogo, a gente não tem essa referência para poder comportar este número de pacientes. Então acaba ficando muito tempo o paciente esperando... O quadro dele sendo agravado”...***

*E: “Aí o paciente continua daquela mesma forma. E aí você nota que vai piorando... Que aquele paciente vai ficando mais agitado, mais estressado, aí chega uma hora que ele não sabe mais nem em quem descontinuar, e começa a descontinuar em você. Você não tem culpa de nada. E a gente acaba absorvendo muito isso para gente. Porque, querendo ou não, a gente é ser humano. **Então, você recebe o problema do paciente, só que você tem que passar isso para frente, mas, muitas vezes você fica bloqueado. Não tem o respaldo. Aí você não tem o que dizer para o paciente. Você volta no outro mês sem uma resposta”.***

***Quando eu cheguei aqui, nós tínhamos um acolhimento, que eles chamavam de acolhimento, era um pronto-socorro.** O pronto-socorro, aqui, era uma porta de pronto-atendimento. Chegava-se ter 100 consultas de acolhimento por dia. Aí o médico não conseguia fazer PSF. Eu falei: “- Gente! Vocês estão sendo encurralados dentro do posto. Vocês foram sendo encurralados pela demanda, pela necessidade, nós paramos de fazer PSF já algum tempo.*

Esses achados também podem ser percebidos em outros trabalhos na literatura.

Em artigo de revisão, CARVALHO et al. (2008, p. 94), citando estudo de CAMELLO et al., sobre o acolhimento em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, observaram diversas posturas e maneiras diferentes de comunicação com o usuário na mesma Unidade de Saúde, sendo adotadas posturas polares de acolhida e não acolhida.

Utilizando-se de outro trabalho de Takemoto e Silva, realizado em quatro unidades básicas de saúde em Campinas, destacaram a observação dos autores segundo a qual o acolhimento do usuário favoreceu o atendimento da demanda espontânea. Constatou-se também que a proposta de acolhimento é tida muito mais como um pronto-atendimento do que como um fator desencadeante de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas na solidariedade e no compromisso com a identificação e a satisfação das necessidades de saúde.

Nessa concepção, os serviços de saúde não mudam a sua forma de trabalhar em equipe, embora aumentem quantitativamente o acesso dos usuários. No entanto, esse acesso não viria garantir a qualidade do cuidado, mas, sim, a produção de procedimentos.

Foi destacado também o trabalho de Fracolli e Zoboli, que estudaram o modo como se processava o acolhimento em Unidades de Saúde da Família em São Paulo, no qual, esse foi observado como uma escuta clínica, focalizada na queixa, com uma intervenção pontual, pouco resolutive e não construtora de vínculo. Verificaram também a dificuldade de implementar o acolhimento, que requer além da instituição de uma unidade básica de saúde de porta aberta para responder às demandas da sociedade, o relacionamento com outros serviços de saúde (CARVALHO et al., 2008).

6.2.2.1.3 Resultados e desafios percebidos

Esses temas emergiram das percepções captadas nas entrevistas e foram inferidos a partir dos diversos relatos, como dificuldades, incongruências de ações com as próprias proposições e necessidades de

melhorias à luz das diretrizes da ESF já relatadas. Alguns desafios já foram tratados nesse capítulo.

Os resultados, de maneira geral, com a implementação da ESF na Atenção Básica têm sido positivos na percepção desses profissionais, como este gerente ao ressaltar um serviço de avaliação do usuário (SAU), principalmente quando se dispõem de médicos com pelo menos as especialidades básicas:

ACR: Eu acho importante (...) Porque tem muita gente, muitas pessoas carentes que não tem condições de pagar um convênio e que necessitam mesmo, e que ajuda muito mesmo.

*GH: Ah, eu acredito que sim. E a gente vem melhorando ainda mais. Olha, eu chego ao ponto que... Nós temos um serviço aqui que é o atendimento ao usuário que é o SAU, né? E isso não é instituído por nossa unidade, existem em todas as unidades. A gente trabalha muito fortemente esse SAU, por quê? **Por que através do olhar, da opinião dessas pessoas que utilizam o nosso serviço, a gente tem uma noção do que está legal, do que não está legal, enfim, é o básico que o serviço oferece pra gente como um diagnóstico. E a gente tem procurado tornar este instrumento absolutamente leal, porque a gente se baseia muito neste instrumento para verificar as melhorias mês a mês para discutir aqui internamente. Olha, a gente melhorou muito, a ponto de ouvir coisas do tipo: - “Está melhor do que convênio”. Claro, vamos levar a sério e a cabo a informação de que, eu tenho aqui pediatra, eu tenho aqui GO. Obviamente ele serve como referência como eu já disse anteriormente. Mas assim: a população se sente tranquilizada ao saber que tem especialistas dentro de uma UBS também, entende? Para além dos médicos da saúde da família, tem outros profissionais.***

Este achado, da constituição de um mecanismo de avaliação à disposição do usuário, é preconizado como recomendação importante em documento do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, p. 45).

As seguintes percepções destacaram a satisfação profissional, o reconhecimento do trabalho e o alcance dos objetivos percebidos como os da ESF (já comentados anteriormente), muitas vezes, de uma forma que não é possível a sua dissociação:

*GH: Acho que assim: a cada mês a gente tem melhorado um pouquinho. Mas se eu estou satisfeita? Não. Primeiro que eu acho que é um pouco da minha natureza. E segundo que eu acho que satisfação é 100%, né? Então eu acho que a gente tem... Eu realmente acredito que dá para fazer tudo 100% na vida, então eu persigo isso. **Eu me sinto satisfeita porque eu estou no caminho, mas eu não me sinto satisfeita por que eu não alcancei ainda, né?***

ER: Ah! De poder ver os pacientes com os problemas resolvidos, n'ê? Porque eles sempre vêm com alguma dúvida, alguma queixa, e poder resolver isso é muito bom.

“Foi um momento de choque, n'ê? De ruptura do antigo para o novo. Hoje a unidade é isso que você está vendo. Eu tenho, todo mundo aí nestas agendas e os médicos vão fazer grupo na área. Eles vão mais próximos do usuário fazer grupo de atendimento. Então, a minha rotina é fazer com que as pessoas estejam estimuladas, as rotinas da unidade estejam prontas... adequadamente prontas e... as coisas começaram a caminhar mais tranqüilo. (...) Então, o segredo de um profissional ser um bom enfermeiro ou não, é essa capacidade de você se multiplicar. Se multiplicar é assim, descobrir pessoas, capacitar pessoas, estimular pessoas a fazer aquilo que você iria fazer. Então, hoje eu não sou um gerente, eu tenho 47 gerentes.”

AXI: De ver bastante resultado. Tem aquelas pessoas que... Você sabe, que nem tudo agrada. Mas, mesmo assim a gente vê bastante resultado.

Ganha destaque, por exemplo, a questão do acesso, que foi garantido para uma população, antes excluída dos benefícios de ações de Saúde:

O quê que eu entendo? Eu acho que a população olha e vê assim: “- Veja bem, o único médico veio na minha casa. Eu vejo o médico bem até aqui.” Um acamado que ele não tinha possibilidade de chegar até a porta para poder ser atendido, e hoje ele tem uma equipe cuidando dele lá. Então eu acho assim, o PSF ele realmente veio para ficar, ele revolucionou no primeiro momento, e ele veio para ficar.

GI: Mas o fato é que o QUALIS²⁴ veio e fez um bom trabalho, iniciou um trabalho que a população no começo estranhou muito e desconfiou até. Segundo os moradores mais antigos disseram que isso era coisa de governo que depois viria imposto em cima disso, **que é impossível um medico vir atender a gente em casa sem ninguém cobrar. Então, foi a semente que começou a nascer de uma região que era bastante desprovida de assistência e uma proposta bastante ousada na época.**

GI: O Programa Saúde da Família, ele tornou acessível... Ele levou a porta do posto no portão da casa da pessoa. Então, o a gente comunitário, ele entra na casa da pessoa, ele invade bastante. A acessibilidade à saúde é uma coisa nunca antes vista, mas ainda temos problemas de saúde.

A questão do vínculo e o conhecimento das famílias são abordados positivamente como uma conquista e satisfação pessoal do profissional que trabalha na ESF dentro das possibilidades alcançadas em suas concepções e diretrizes:

²⁴ Qualis: A Secretaria de Estado da Saúde, no ano 2000, iniciou a implantação do Projeto QUALIS Interior, em áreas prioritárias, buscando equidade através de incentivos financeiros para municípios nestas condições, desde que optassem pela Estratégia Saúde da Família - ESF. Este recurso viria complementar o valor repassado pelo Ministério da Saúde, para custeio das equipes, mediante o cumprimento das diretrizes do então denominado Programa Saúde da Família. Fonte: http://www.saude.sp.gov.br/content/geral_acoes_qualis_mmp. Acesso em 13/11/2009

El: Porque, ele está muito... Tem um vínculo maior com a família, então ele sabe... Muitas vezes ele está ali do lado, então ele sabe às vezes a história... Muitos anos de serviço... Então ele sabe o problema da mãe... Do filho, e às vezes quando chega no seu consultório, a gente diz: “- Olha, Fulano apresentou tal queixa. Não está estranho?”. E ele diz: “- Não. Mas é porque ele tem isso e isso e a família já disse isso.”. Então, essa é a importância. Então, você consegue... é o principal, para avaliar a saúde mental aqui, porque você tem como conseguir o resto... **Que é a família. Não dá para trabalhar só o indivíduo.**

Interessante observar como, nessa percepção seguinte, o acesso garante o desenvolvimento do vínculo e a longitudinalidade como ferramentas de trabalho valorizadas e características construídas a partir dessa importante diretriz na ESF:

“GR: Porque eu acho que quando você tem um acesso à casa da pessoa quando você tem... Uma credibilidade que... Na verdade do vínculo mesmo né? Que você tem com as famílias. Você consegue até absorver muita coisa porque diferente da parte de hospital pode ser que ela vá embora. Esse não, a gente sabe que ela tá aqui. Ela vem antes de engravidar, ela vem e engravida tem neném aí a gente cuida do neném...”

“Nada assim... Expectativa assim... Eu tive bastante retorno no meu trabalho, eu vi muita gestante tendo os seus bebês, assim... Eles crescendo com a gente, sabe, assim? Criança de baixo peso que conseguiu alcançar... Sabe? Cresceu bem depois. Eu alcancei bastante coisa aqui na...”

Apenas um profissional fez menção explícita e espontânea aos princípios da Promoção da Saúde, publicados pela primeira vez na Carta de Ottawa de 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Alude ao fato de ter sido um resultado da ESF na região como participante e atuante na conquista de um pleito da região:

Mas as pessoas que atuaram, sempre atuaram de forma unida para o desenvolvimento da região. Então assim... Nós temos agora o Pólo de desenvolvimento social e renda que é uma proposta muito interessante para região. A população tinha uma ansiedade de trazer um parque para cá. Nós trabalhando com a promoção da saúde, nós resgatamos a Carta de Ottawa ²⁵ a discussão da modificação favorável do meio ambiente. Nos aproximamos deste grupo. Chegamos a entregar um documento que já está no Verde, Eduardo Jorge ²⁶ veio e tal, mandou gente dar uma olhada. A

²⁵ Carta de Ottawa, 1986: A Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. defende a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida, assim como defende a capacitação da comunidade nesse processo, salientando que tal promoção não é reponsabilidade exclusiva do setor saúde. Fonte: <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>. Acesso em 13/11/2009

²⁶ Eduardo Jorge: Dr.Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, Secretário de Saúde do município de São Paulo no governo de Luiza Erundina, de 1989 a 1990, e no início da

proposta é trazer um parque, mas um parque que promova não só preservação, mas uma integração da população nas ações... Em ações dentro do parque. Então surgiu a proposta de quadras, de teatro, auditório, centro de convenções... E isso chamou atenção... E tem pessoas vindo. Já recebemos uma série de visitas, que não é o parque em si, mas a ideia é uma promoção da saúde de uma forma bastante mais abrangente do que simplesmente a saúde...

-“Olha, a promoção à saúde é isso. A carta de OTAWA é um modelo que eu uso, que desde 86 já foi discutido. Alguém já discutiu isso. Eu não vou discutir de novo essa parte. Agora vamos discutir as ações em cima disso.”. Aí foi nascendo o conselho gestor, que são as pessoas comuns que atuam as lideranças locais que atuam; mais o entendimento da melhoria e a promoção da saúde, se criou uma ideia de promover mais cultura, lazer e atividades, para você poder atuar além de simplesmente curativo ou preventivo, em cima de remédios.

A Promoção da Saúde, considerada um dos pilares das concepções de integralidade na ESF, apresentar-se-ia como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, como observada na percepção desse profissional. Entre seus objetivos e estratégias estão aqueles que instituem os mecanismos de diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromissos e corresponsabilidades quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (CONASS, 2007, p. 13).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamentada pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e a Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, a qual aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a partir da necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS, constituem as diretrizes, na qual a promoção da saúde é entendida como um dos eixos da atenção primária, que irão operacionalizar a agenda da promoção a partir da APS. A percepção da

maioria dos profissionais entrevistados considera, no entanto, a operacionalização dessa agenda um dos grandes desafios experimentados, como a serem superados, como se verá mais adiante.

Os desafios na ESF guardam para os profissionais, relações estreitas também com os objetivos a serem alcançados, pois os impactam negativamente em suas percepções, funcionando como entraves não facilmente superáveis em suas práticas cotidianas. Mesmo que alguns desses desafios já tenham sido objetos de análise ao longo desse capítulo, ganhará destaque nos parágrafos seguintes, a autonomia profissional, a rotatividade dos profissionais médicos, o desafio para a realização das atividades de Promoção e Prevenção na Saúde, a integração com os níveis de especialidades, a capacitação e treinamento para o trabalho.

Os profissionais médicos destacam a questão das condições de seu trabalho vis - a - vis a dicotomia existente entre aquilo que define como “quantidade *versus* qualidade”. Pode ser entendida também como uma interferência indevida em seu trabalho como perda de sua autonomia profissional e técnica:

DR.I. É. Exatamente. É também. É isso aí. Acontece o seguinte aqui, como lá também, o que interessa não é qualidade, e sim quantidade. Tanto que você tem que fazer uma consulta em 15 minutos. Se for fazer uma consulta com uma gestante em 15 minutos, você não faz uma consulta de 15 minutos com uma gestante. Demora 15 minutos para ela sair da sua cadeira e deitar até a cama, n'ê? Você vê que o programa ele quer mais números do que outra coisa. Não sei se é uma questão política... (...) É. Isso e também a questão do próprio Programa Saúde da Família, eu acho que... Pelo formato que está hoje instituído, 15 minutos de consulta, é difícil você atender este tipo de paciente.

DR.I. E a gente não vai ter... o grande problema é o Programa Saúde da Família, que ele te cobra o formato dele e você não pode parar para fazer uma reunião e nem de atender paciente em uma manhã inteira.(...) É. Você tem que correr, n'ê? Porque tem sempre alguém batendo na sua porta.

GUGLIELMI (2006, p. 3), cita os documentos do Ministério da Saúde, a saber, o Relatório Preliminar do Ministério da Saúde (MS) de 1999, o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF de 2000, o Relatório de Pesquisa do MS de 2001, e o Relatório Final da Reunião dos Coordenadores dos Polos de Capacitação do MS de 2002, para afirmar as dificuldades de fixação dos Recursos Humanos no Saúde da Família. Dessas publicações, destaca a **alta**

rotatividade (composição e manutenção) dos profissionais envolvidos, como um dos grandes desafios a ser enfrentado, tanto nos grandes centros quanto no interior (GUGLIELMI, 2006).

Diversos profissionais entrevistados destacam essas preocupações com a questão da rotatividade, principalmente dos médicos, como um desafio a ser enfrentado, a começar pelos gerentes das unidades envolvidas:

GI: "Os médicos têm um turnover muito grande. Então, isto dificulta muito você ter uma continuidade. Os enfermeiros já são mais fixos".

GR: "É... A gente... O único problema de... Realmente de recursos humanos é a parte de contratação de médicos. A gente, nesse momento esta completo, mas assim desde que eu estou aqui eu acho que é a segunda vez que a gente vê... Completo. Mas eu acho que é um problema da região não é nem de contratação. Por que ta aberta... Eles estão atrás... Ou seja, esta sempre divulgando".

GI: "Desde quando eu cheguei aqui, eu não tenho as equipes completas. Eu vou para o segundo ano, e nunca conseguimos... Pela rotatividade de médicos. No momento que alguém fica mais tempo ou passa numa prova, ou precisava ir embora e tal... Então nós temos dificuldades, mas nós tiramos muito proveito delas. Com relação aos usuários, nós temos que levar uma solução não para aquele problema, nós temos que mudar o entendimento".

ER: Aqui, no PSF, nem tanto. Mas é por conta da distancia, da nossa distancia em relação aos outros centros de trabalho. Então muito médicos vêm principalmente, os pessoais recém-formados. Ficam aí uns meses e depois sai. Não tem jeito. (...) É... Um médico novo que chegou tipo recém-formado e que não queria fazer vd. Entendeu? Então assim...

Os profissionais das equipes também se queixam desse aspecto da rotatividade dos médicos:

E: No atendimento aos pacientes em relação às consultas, porque às vezes, por falta de profissionais, às vezes um médico acaba ficando muito sobrecarregado. E aí acaba... Aquela área acaba ficando sem a atenção necessária. Um médico só tem que se dividir em vários.

E: É... Às vezes tem uma equipe sem médico. Então, o médico da minha área tem que atender... Tem que dar assistência aos pacientes da nossa área de outra área. Então, muitas vezes acontece de um paciente da nossa área ficar sem assistência, porque o médico tá tendo que dar conta de duas áreas.

Não pelo fato do sistema, eu conto porque aí o problema é meu, eu tenho um turnover alto. O meu médico é sempre novo.

Dados de estudos como o do Conselho Federal de Medicina (CARNEIRO e GOUVEIA, 2004) e da pesquisa "Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família" (MACHADO, 2000), reafirmam e

corroboram esses achados quando concluem **que o tempo médio de permanência de grande parte dos médicos no PSF é de menos de um ano** (destaque do autor).

Esta profissional exemplifica uma das dificuldades ligadas à rotatividade na equipe, pois um profissional tem um tempo de adaptação que é perdido quando entra outro, além disso, existe o prejuízo ligado à questão do vínculo com a população, um dos pilares conceituais da ESF:

*Ele tem que tá aqui há um bom tempinho, pra entender o programa de saúde da família pra fazer pro PSF. Eu sei, porque eu cheguei aqui num dia cruá, vindo de emergência, então... Eu cheguei e não entendi o que era então... Quando você passa a entender você vê que dá pra fazer... Desenvolver bastante coisa. **Então, isso eu sinto às vezes do profissional: quando eles são novos, principalmente, eles têm essa resistência.***

*ER: **Eu acho que o programa é muito amplo, muito vasto. Infelizmente, como tem muita rotatividade profissional, principalmente no médico, você não consegue fazer um vínculo adequado à população.** Esta eu acho que é a grande dificuldade do programa. Mas a proposta é muito boa, n'ê?*

GUGLIELMI (2006, p. 5) cita o Presidente da Associação Médica Brasileira, Eleuses Vieira de Paiva, em um jornal de grande circulação, criticando a inexistência de planos de carreira por parte do Estado para o profissional de Medicina. Paiva acredita que a municipalização das contratações na Saúde faz com que não seja possível, por exemplo, um médico iniciar sua carreira numa cidade do interior e ser transferido, ou removido, para a capital.

Para esse autor irá configurar – se ainda a problemática da rotatividade do profissional em Medicina de dois modos, que se complementam: tanto na adesão do médico ao modelo Saúde da Família, e / ou fixação do médico em dada equipe do PSF. Ou seja, há um hiato de expectativas. Por parte dos médicos: expectativas profissionais X oportunidades de trabalho; e por parte dos empregadores: expectativas de desempenho X desempenho.

Concorda-se com GUGLIELMI (2006, p. IX), quando essa autora afirma que resolver o problema da rotatividade médica através de uma nova proposta curricular na área da formação da Medicina, da valorização econômica do médico, e da ampliação do número de médicos na assistência

à população, talvez sejam as orientações a serem operacionalizadas, para que o PSF inscreva-se como um mecanismo efetivo para aperfeiçoarem-se as políticas de Saúde no Brasil. Mas, que tanto nos grandes centros urbanos, quanto no interior, tem enfrentado dificuldades.

Os profissionais destacam, quase em uníssono, a necessidade de adquirirem maior conhecimento e frequentarem cursos de capacitação, realizar reuniões clínicas, treinamentos especiais, especializações, manifestando preocupações com o tema do conhecimento, no enfrentamento técnico e operacional no trabalho realizado:

P: É. E os profissionais o que a gente sente um pouco é que assim: É... os médicos acabam não sendo especializados em programa saúde da família. Muitos apreendem, apreendem bem. Estão aqui são ótimos na estrutura (Não compreendi a palavra) da família. Eu to com uma equipe super boa hoje, muito boa, mas eu já passei altos problemas aqui.

EI: Eu acho até porque deveria ter um suporte para quem trabalha... Para ajudar a gente a trabalhar isso também.

ER: Eu penso para que deveria ter mais capacitações.

ER: Protocolo de hipertensos. Sempre muda alguma coisa, de diabético. É sempre bom estar se atualizando, n'é? Saúde mental também...

ER: Sim, mas o que acontece é que a equipe não tem o subsídio para poder, por exemplo, o médico, pelo menos aqui, eu percebo, no PSF não tem o subsídio para medicar... Usar medicação...

Poxa! É bárbaro, é rico o perfil do PSF. Não é qualquer médico que segura um PSF, porque ele vai atender a criança, o recém-nascido e fazer puericultura e ele vai cuidar da terceira idade. Então assim: ele vai fazer... Ele faz puericultura e faz geriatria.

Na verdade a faculdade tem um forte preparo do enfermeiro dentro do hospital. Hoje, nós estamos vendo uma mudança nisto, mas antigamente a gente era preparada para trabalhar dentro do hospital.

É. E os profissionais o que a gente sente um pouco é que assim: É... Os médicos acabam não sendo especializados em programa saúde da família. Muitos apreendem, apreendem bem.

Eu acho que o positivo é que eles estão aprendendo, eu acho isso ótimo, eles têm boa vontade, de estar querendo apreender. Esse é o positivo

DR.I... Clínicos, fica difícil. As enfermeiras, elas fazem tipo de treinamento, mas são treinamentos básicos, que são, no caso, mais pros ACS's, entendeu? Não que a gente consiga ter um período... Duas ou três horas para a gente conversar sobre um caso clínico que acontece... Fazer uma... Atualizações em relação à hipertensão, por exemplo. Se a gente pudesse ter esse tipo de reunião, a gente conseguiria falar até dos problemas psiquiátricos que acontecem recorrentes

aqui com a gente, tá? A gente não consegue por causa da cobrança que a gente tem... Da produção.

ER: Isso. Uma educação continuada. Você tem um período para você fazer esse treinamento, sem te sobrecarregar depois. Porque você acaba remarcando e acaba te sobrecarregando...

ER: Sim, mas o que acontece é que a equipe não tem o subsídio para poder, por exemplo, o médico, pelo menos aqui, eu percebo, no PSF não tem o subsídio para medicar... Usar medicação...

Esses achados corroboram destaques já enunciados por outros autores e pelo próprio Ministério da Saúde. A estratégia de capacitação, formação e educação permanente para recursos humanos no PSF continua como questão a ser enfrentada, para a ESF tornar-se política de Estado capaz de levar adiante mudanças, inclusive nos cursos de formação, principalmente dos profissionais da medicina. Pretende-se, assim, que esses profissionais pudessem estar mais bem preparados, e mais comprometidos, no exercício prática da saúde integral, familiar e comunitária.

SILVA et al. (2002) entende como de fundamental importância a função de cursos e treinamentos ao prepararem os profissionais para a assistência à saúde, quando visam não somente a especificidades técnicas, mas também quando propiciam o desenvolvimento de habilidades e espaços para a vivência da construção de projetos assistenciais comuns. Portanto, não somente esses profissionais viriam a integralizar uma futura equipe, como também contribuiriam para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

EI: Porque eu acho que já existe um próprio entendimento. Eu acho que a pessoa ainda não consegue lidar muito com isso. Porque eu acho que o próprio profissional não consegue... Não houve um preparo para isso.

SOUSA e HAMANN (2009) destacaram as iniciativas governamentais desenvolvidas por meio da implantação de polos de capacitação, formação e educação permanente na ESF. No final do ano de 1996, mediante edital nº 04, de 06/12/96, a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério convocaram as instituições de ensino e serviço a apresentarem projetos que possibilitassem uma ação renovada no espaço de articulação ensino-serviço, com vista à capacitação e formação de profissionais capazes de construir o PSF nas

diferentes regiões do país. Isto possibilitaria que a ESF não ficasse confinada no “SUS para os pobres” e na “atenção primitiva de saúde”, nem sua expansão focalizada apenas nas áreas rurais e periferias das cidades.

Esses projetos tinham como tarefa central articular e abrir o diálogo social em torno de uma agenda concreta, capaz de ampliar o debate da mudança na formação dos profissionais da saúde, que, há décadas vem se dando, e para a qual, citando Paim, “o otimismo não basta” (p. 1332).

Foram apresentados 21 projetos que resultaram em aprovação de dez como polos, seis como projetos de capacitação e cinco como projetos de cursos instalados.

Os centros de capacitação e cursos introdutórios teriam de desempenhar seu papel na preparação de RH para o PSF, cuja agenda foi construída a curto, médio e longo prazo, considerando os seguintes compromissos:

“(1) oferta de cursos de atualização para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, ou outros profissionais que integrem a equipe de saúde da família, devendo ser incluídas obrigatoriamente as categorias de médico e de enfermeiro; (2) acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes nas Unidades Básicas de Saúde da Família; (3) implantação de programas de educação permanente destinados aos profissionais da equipe de saúde da família existente em um município ou conjunto de municípios, utilizando como instrumentos cursos curtos presenciais, educação à distância ou atualização, valendo-se das atividades de interconsultas a especialistas, recursos audiovisuais e de telemática e outros; e (4) implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação *lato sensu* para médicos, enfermeiros e outros profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, iniciativa esta destinada a introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação” (p. 1333).

Em 1998, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS), segundo os autores, lançou um novo edital, estimulando que cada Unidade da Federação tomasse para si a responsabilidade de fortalecer a rede polo no estado e no conjunto de suas regiões/municípios.

Em 2003, porém, esses polos foram substituídos por uma nova proposta. Essa incluiria todos os trabalhadores do SUS, os usuários da rede de serviços, a rede formadora e os estudantes, denominada Polos de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS sem que fosse precedida sequer de qualquer avaliação dos resultados da experiência

anterior que permitisse apreender os seus limites e as possibilidades de potencialização daquilo que havia de agregador em ambas as propostas. Uma nova conjuntura institucional determinou a suspensão das experiências dos “polos”, tanto do PSF quanto da ampliação dos mesmos para o restante do SUS.

Os mesmo autores prosseguem destacando, que:

“O que se aprende com fatos dessa natureza é que sujeitos públicos, ocupando cargos governamentais, podem perder a racionalidade na formulação das políticas públicas, tratando-as como uma ação conjuntural, em vez de uma ação estruturante de um Estado-nação. Nessa condição, o tempo e o cuidado com os sujeitos envolvidos nas políticas em curso são elementos essenciais para a consolidação das estratégias que implicam mudanças concretas” (p.1333).

Citando Paim, de acordo com suas considerações, “Uma universidade e uma faculdade de medicina não são uma planta industrial capaz de alterar rápida e impunemente suas linhas de montagem [...]”. Concordando com o mesmo, acrescentam ainda que esses espaços:

“constituídos por sujeitos estratégicos, comprometidos e protagonistas de um projeto radical da reforma sanitária e da reforma do ensino”(...) “merecem ser vistos na suas capacidades de produzir mudanças, especialmente se elas são construídas a partir dos saberes coletivos e dos poderes compartilhados”.

Para esses autores, essa responsabilidade, citando a Constituição da República Federativa do Brasil, caberia primeiramente ao Ministério da Saúde, “que deve cumprir os dispositivos constitucionais conforme o artigo 200, inciso III - ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde exercendo o papel de indutor junto às secretarias estaduais e municipais de saúde, e principalmente às instituições de ensino superior”.

Encerrar-se-á este tópico concordando com MENDES (1996) quando esse autor afirma não ser possível a reforma em profundidade de um sistema de saúde que não implique a mudança de um sistema de crenças vigente por outro emergente. Segundo o mesmo, a mudança dar-se-ia ao substituir um “modelo sanitário flexneriano”, para uma concepção de saúde-doença relacionada com as condições socioeconômicas e ambientais de vida; da concepção de saúde como ausência de doença, para a possibilidade de uma prática sanitária denominada “promoção e produção de saúde”.

Essas concepções de mudança ainda estão longe de consubstanciarem-se nas práticas desses profissionais, como se tem observado até aqui, constituindo-se ainda um obstáculo a ser superado mediante uma formação mais apoiada e condizente com essas diretrizes.

Outro aspecto salientado pela grande maioria dos profissionais é a percepção de que não conseguem realizar de maneira plenamente satisfatória os programas de promoção e prevenção em saúde que aderiram incondicionalmente ao se integrarem às equipes da ESF. Trata-se, portanto de um desafio permanente em suas práticas e justificam de diferentes formas essas dificuldades.

Alguns responsabilizam a dificuldade na cultura e na visão que a população tem da Saúde:

GH: Mas eu não acredito, não confio na informação de que a população tem tanta clareza assim sobre o que é esta estratégia.

GI: As diretrizes são essas, o SUS já me diz como deve ser, a estratégia é essa, mas os resultados não acontecem. Porque nós descobrimos aqui na ponta, é que nós estamos lidando com uma população pobre, mas não num sentido de pobre de renda. A gente descobriu que eles são pobres de cultura, que eles são pobres de convívio social, eles são pobres até de expectativas. A pobreza não é só do dinheiro, da condição social. A pobreza é mais ampla. Então, você vai falar de auto cuidado, eles não sabem o que significa esta palavra. Quando você coloca a necessidade dele participar do cuidado dele com ele mesmo... Eu não estou falando de todos, mas o que nós descobrimos é que existem grande quantidade de pessoas que elas gostariam de que elas fossem cuidadas. Quando você fala que você precisa se cuidar, esta parte não tem um entendimento igual ao meu. Eu chego: “- Olha, você tem que perder peso. Eu me preocupo e eu vou procurar trabalhar isso.”. Não são todos que tem o mesmo entendimento. Eles entendem que se eu fiquei doente, você pode me dar um remédio para me curar. Quando envolve... (...) A educação, ela foi subjugada. Eu tenho que fazer a verificação de um adulto se ele esta engolindo o comprimido. E eu tenho que dar a cesta, eu tenho que dar o lanche, eu tenho que recompensá-lo para ele estar se cuidando. Então, isso cria uma série de discussões... Porque é na prática que estamos vendo isto.

GR: Então tem alguns grupos educativos em que a adesão é péssima. Algumas são até boas assim. Mas por exemplo: Vamos fazer um grupo educativo para falar sobre... Vamos chamar aqui todos os... Deixa eu pensar alguma coisa assim... Vamos falar sobre higiene da criança. Então... mas se eles chegam aqui “Ah não, mas eu quero o remédio”... Porém eu acho que o Programa de Saúde da Família tem muito a melhorar em São Paulo né? É... Ele foi desenhado acho que... Quando a gente viu o programa de saúde da família... Ele foi desenhado até para uma população até menos politizada pode se dizer assim. Então algumas coisas eles não aceitam. Então assim um exemplo: Grupo educativo.

Outros profissionais discorrem sobre a percepção da necessidade, mas não conseguem contemplá-la, pela diminuída autonomia que conseguem exercer em relação ao exercício de atividades não previstas na normatização do trabalho na unidade. Esse médico traz sua percepção:

*DR.I. Bom... Eu vejo que eles têm um problema grave de hipertensão e diábetes, ta? Por falta de conhecimento... Por falta de como se tratar... Como usar a terapêutica adequada. Eles não conseguem... A maioria... Uma boa parte não consegue entender que tem que tomar o remédio em determinado horário, tem que fazer a determinada dieta... Não conseguem, entendeu? A maioria... Esta boa parte não tem o discernimento para tentar entender... Para eles mesmos melhorarem a condição deles, ta? Isso em questão da diabetes e hipertensão. Aí tem a questão também da amamentação... Do aleitamento materno. Muitas lactantes não acham importante a amamentação materna... Assim que saem da maternidade já começam a introduzir leite artificial. Apesar de toda... De a gente pegar tentar conscientizar, a gente conversa, mas tem vezes que não tem condições. Não sei... Pela questão de imaturidade... Pela questão da pouca idade que elas possam vir a ter.(...) **Minhas consultas ficam prejudicadas. Aí depois eu não atinjo as metas que eles querem, entendeu? Então, a gente fica meio com as mãos atadas em relação a essa questão da prevenção. Eu acho que seria excelente esta questão de educação, essa questão de prevenção, porque melhoraria muito.** A pessoa não tem informação sobre a doença. Ela só está condicionada a tomar o remédio, mas ela não sabe o “porque” que ela tem aquilo lá. Ela não sabe por que tem que tomar aquele horário... Porque que ela tem que tomar dois... De doze em doze horas, de oito em oito horas... Sabe? E eles acham... **E tem vezes que eles acham que tem que parar de tomar o remédio porque estão bem. Não sabem que estão bem por causa do remédio. Aí, eles têm uma conclusão errada da situação clínica deles. E esse tipo de grupos de educação seria interessante, mas eu friso aqui que a gente precisa fazer a produção que é a consulta, e é a visita domiciliar. Fez a consulta, fez a visita? Beleza. É isso aí. Se você deixar um grupo, o grupo demanda tempo.** Para você explicar a pessoa... A pessoa realmente de uma classe mais baixa, eles tem um grau de instrução menor. Então, você deve... Pra você assimilar o que você quer mostrar, demanda também um tempinho.*

Os enfermeiros também se sentem desafiados pela normatização das tarefas e da falta de tempo enfrentada:

EI: Sinto que, às vezes eu queria fazer mais coisas que seria bom para o programa... Seria a parte de promoção mesmo... De grupos. Até porque grupos não é só simplesmente ir lá e falar... Então, você tem que ter planejamento, um desenvolvimento. Eu gostaria de ter mais tempo de estar aprofundando isso, e às vezes realmente a gente não consegue e acaba levando serviço para casa.

EI: Eu acho que funciona só que ainda faltam muitas coisas para serem feitas... Até uma coisa da educação da população, do que é o Programa Saúde da Família. Até porque eu tive uma formação, de uma especialização que eu fiz, muitíssimo boa. Então, a gente acaba tendo uma outra visão de...

Outro motivo ainda seria a contaminação pelas “demandas curativas” centradas na doença que os ACS acabam trazendo, assim, pressionando a equipe a fornecer uma resposta em desacordo com os princípios da ESF que compartilham:

AXI: Ah sim, porque tem pessoas que assim... Acha que a gente não desenvolve... Acha que a gente não atende... Não é. Tipo assim: o que eles queriam, na realidade, aqui no bairro, seria uma AMA. Aí seria...

AXI: O PSF mais trabalha com a saúde... A prevenção à saúde.

EI: É. O sentido que tem a prevenção no indivíduo. Por exemplo, a gente tenta de várias formas cultivar a parte dos grupos educativos, e os próprios agentes comunitários não gostam disso. Aham que o paciente precisa, na verdade, de encaminhamento, de ter a doença... Convive mais com a doença do que com a prevenção e promoção que é a linha do Programa Saúde da Família.

AXI: Então, no caso, a gente procura, que nem... A prevenção no caso. A gente trabalha com prevenção. Só que a pessoa já tem o problema. Então, o quê que a gente faz? A gente procura conversar com a pessoa, estar vendo os medicamentos que ela toma, estar vendo se ela está sendo acompanhada e se não está sendo acompanhada, agenda consulta. Esse tipo de coisa, n'é? Por exemplo, passa em consulta com um clínico. O clínico também é psiquiatra. Esse tipo de coisa que o Programa Saúde da família trabalha assim, n'é?

O ACS discorreu também sobre sua experiência de ficar exposto diretamente, muitas vezes, sem treinamento de habilidades, ao lidar com situações que envolveriam um encaminhamento mais correto para as necessidades e demanda de um usuário:

ACI: Às vezes ele que a troca de um laudo e existe um horário para a troca de um laudo. E a demanda é muito grande. Então, às vezes o paciente chega aqui e não consegue, desconta em mim.

ACI: Na maioria das vezes eu sou bem recebida, só que acaba que o paciente... Ele desconta na gente a sua frustração que teve em relação à unidade. As vezes que ele vem aqui e ele não é atendido, ou se ele é maltratado na recepção. Aí você chega até a casa, e ele fala: “- Mas o que você veio fazer aqui? Eu vou lá e não consigo o que eu quero”. Então, ele não...

Percebe-se aqui novamente a problemática da resolutividade da Atenção Primária, como concepção coadjuvante, mesmo na ESF: como transformar a atenção da demanda espontânea de forma resolutiva? Como treinar e dotar esses profissionais com “continência resolutiva ampla e efetiva para a Atenção Primária”? A indagação procede, na medida em que parece constituir-se, além de tudo, uma questão estratégica para a própria

implantação da ESF em um grande centro como São Paulo. Em outras palavras, se é preciso obter o apoio dessa população para resultados melhores e mais satisfatórios para profissionais e usuários, na implantação da ESF, seria necessário melhor entendimento dessa demanda e melhor articulação com os níveis de Atenção secundário e terciário em Saúde, como se verá adiante.

MENDES (1996, p. 268) argumenta que no “território – distrito”, os diversos níveis de atenção devem estar distribuídos adequadamente e que esses diversos níveis de atenção – entendidos como composições de densidades tecnológicas distintas - deveriam ser organizados com lógicas distintas.

Na atenção primária, este nível deveria estruturar-se de forma descentralizada em cada município e em seus territórios de abrangência e que, seu sujeito seria hegemonicamente coletivo, sua base organizacional seria epidemiológica, e, pelo contrário, deveriam ser organizados os níveis secundários e terciários, de forma centralizada e mais densamente estruturada, visto as diferentes disponibilidades de recursos. Além do mais, seu sujeito seria hegemonicamente individual e sua base organizativa seria a clínica.

Sua argumentação é complementada pela ideia de que:

*“Existe, portanto, uma intercomplementariedade entre essas duas estratégias porque a atenção primária, **organizada sem a garantia de referência aos níveis secundário e terciário, se transformará necessariamente em atenção médica seletiva**; ao contrario, a organização dos níveis secundário e terciário, por meio de consórcios; **sem uma base resolutive de atenção primária** significará a medicalização do sistema de saúde e implicará uma explosão dos custos consolidando e ampliando todas as mazelas do atual sistema” (destaque do autor) (p.269).*

As percepções de diversos profissionais parecem indicar e fortalecer a necessidade da articulação dos diversos níveis de atenção, principalmente porque são pressionados pela população na resolução de agravos de saúde já instalados e mesmo porque também percebem ser necessária necessidade de uma maior densidade tecnológica para solucionar certos problemas de saúde:

Porque eu entendo que o paciente chegou ao especialista, porque ele foi numa evolução. Eu bato na porta do paciente. Eu vejo ele nascer. Que evolução que aconteceu que eu não consegui acompanhar que ele precisou chegar na porta de um especialista? Se eu conseguir aperfeiçoar o Programa Saúde da Família, a precocidade do diagnóstico, a prevenção e tal. Eu pego antes dele precisar de um especialista. Não que eu quero tirá-lo.

DR.I. Se ele não melhorou comigo, eu pegaria... O certo seria fazer um... Mandar para frente para um outro serviço... Um serviço que eu tenha um conhecimento de para onde mandar, né? Para onde encaminhar...

*E: Ajuda, porque o paciente está mais satisfeito. Se eu passo na casa e o paciente me fala: “- Olha, eu preciso de um tratamento com um psiquiatra” e **ele nunca teve retorno disso, ele fica mais crítico. É. Agora, ele está tendo o retorno, então ele já conversa comigo mais calmo.** Ele fala: “- Olha, agora eu já passei com o psiquiatra. Às vezes a consulta demora, mas eu sei que está garantido. E eu vou fazer o tratamento.”*

AXI: Uma AMA... Chegar a ter Raios-X, ter um ortopedista ali para estar vendo, entendeu? Porque acontece muito de chegar acidente... Essas coisas, né? Crise de bronquite e tal. Então...

A questão da integração com os outros níveis é também de primordial importância. Não se poderia melhorar a circulação das informações de maneira a beneficiar os profissionais e usuários do sistema de saúde? Não poderia fazer uso de tecnologia, inclusive pela rede de informações propiciadas pela Internet? Como este profissional enfatiza:

DR.I. Por exemplo, a gente não consegue o “feed- back”, né? O retorno dos encaminhamentos que a gente faz. Por exemplo, essa paciente eu mandei ao cardiologista... Conseguimos um cardiologista rapidamente. Entre cinco ou seis dias ela já estava no cardiologista. Só que o cardiologista praticamente, segundo ela, não deu procedimento no que eu havia feito. Eu já tinha introduzido um determinado medicamento e ele manteve o medicamento e não falou mais nada para ela. Falou: “- Oh! Você vai fazer esse exame aqui e você vai fazer aquilo lá”. E não mandou nenhuma cartinha de retorno, entendeu? Eu só fiquei então com o que a própria paciente falou.

Só que a gente não tem este respaldo, né? Que a gente faz o tratamento. Não deu certo? A gente faz o encaminhamento e esse encaminhamento não chega acontecer, e quando acontece não tem o retorno, a contra-referência, né? Tem apenas a referência.

As questões referidas nesse último tópico pelos profissionais impactam negativamente o alcance dos objetivos da ESF.

Foi elencada a rotatividade dos profissionais, a ausência de condições concretas para a realização de ações ligadas à Promoção e Prevenção em Saúde, a ausência de ações mais efetivas de capacitação e treinamento dos recursos humanos e a questão da pouca integração e

resolutividade dos demais níveis de Atenção, fragmentando o cuidado e diminuindo o apoio e o melhor entendimento da população a respeito da ESF.

Essas questões, como se verá a partir de agora, também permearão as percepções e as análises pertinentes referentes ao Programa de apoio à saúde mental.

6.2.2.2 Eixo II: as percepções dos profissionais sobre o Programa de apoio à saúde mental

Os esforços de consolidação da Política de Saúde Mental no Brasil deparar-se-iam, atualmente, com “grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, da capacidade de desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo” (NUNES et al., 2007, p. 2377).

Na rede de Atenção à Saúde, seus maiores desafios encontram-se na pequena atenção dispensada para uma maior presença das ações de saúde mental na Atenção Primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a, 2007a).

Quanto ao PSF, além da incipiência das suas ações na área de saúde mental, faltaria uma sensibilização específica de seus profissionais, que estariam pouco familiarizados com o “universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que não lhes permitiria levar em conta a idiossincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais”. Pode-se supor que um dos principais limitantes dessas ações situa-se ainda na área relativa à clínica da saúde mental.

Em pesquisa do Ministério da Saúde foi observado que em 56% das equipes de Saúde da Família seria realizada “alguma ação de Saúde Mental”. Na proximidade com as famílias e suas comunidades, essas equipes constituiriam, portanto um importante recurso estratégico para o enfrentamento desses problemas de saúde.

Já foi discutida nesse trabalho, nos capítulos 1 e 2, a relevância epidemiológica dos transtornos mentais na Atenção Primária, inclusive os Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Complementando esses estudos, MODESTO e SANTOS (2007), apresentaram o perfil diagnóstico e sócio-demográfico de pacientes assistidos em Saúde Mental no Programa de Saúde da Família em Cachoeira, Bahia, destacam que a “escassez de informações no contexto brasileiro sobre ações de Saúde Mental na Atenção Básica tem sido apontada” (p.19). Esse estudo, ao examinar 100 (cem) prontuários com diagnósticos psiquiátricos atendidos em ambulatório apontou que 54% dos atendimentos foram do sexo masculino, sendo 67% adultos jovens, 49% de procedência urbana e 63% sem ocupação. Quanto aos diagnósticos encontrados verificou – se que 37% foram de Transtornos psicóticos graves como esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes; 18% de transtornos afetivos, seguidos pelos diagnósticos de abuso de álcool (10%), epilepsias (12%) e outros. Observou-se ainda que 38% dos encaminhamentos para o atendimento em Saúde Mental foram realizados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), 23% pelos médicos do Programa de Saúde da Família e 24% por demanda espontânea. Considerando esse **elevado percentual de transtornos mentais severos encontrados e a precária inserção socioeconômica desses indivíduos no território onde vivem, indagou – se a respeito da inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica** (destaque do autor).

MATEUS (2009, p. 61), destaca que, “não faria ainda parte da política nacional o estímulo ao desenvolvimento e implementação de diretrizes de ação para os problemas mais frequentes em saúde mental”. Aqui, a política brasileira contrastaria com as recomendações de ações para cuidados essenciais para os principais transtornos mentais da população, que trabalham com base na criação de diretrizes de diagnóstico e tratamento, citando a Organização Mundial de Saúde, Patel et al.e a série “The Lancet

Global Mental Health Group²⁷”. Uma exceção a essa observação seria o “Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária”, da Organização Mundial da Saúde, lançado em 2000, que ofereceu diretrizes diagnósticas e para as ações de atendimento de pessoas com risco de suicídio. Este conteúdo foi adotado pelo Ministério da Saúde como o “Programa de Prevenção do Suicídio”.

No capítulo 5, já foi realizada a descrição da implantação do Programa de apoio à saúde mental, em 2006 na região do M’Boi Mirim.

Vale lembrar que esta implantação foi realizada antes da publicação da Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b) que incentiva, por parte dos municípios, a implantação de “Equipes NASF” (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) que visam dotar a ESF de uma maior tecnologia e resolutividade para certas especialidades – não só de Saúde Mental - na lógica do chamado “matriciamento”, na acepção de CAMPOS (1999).

Portanto, só agora, mais recentemente, é que a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, enfatizou e preconizou de maneira mais consistente, a adoção de estratégias de implantação de ações de Saúde Mental na ESF, por meio dessa portaria.

A Portaria 154 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b), que cria os NASF estabelece que “(...) *Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental.*” De acordo com informações do Ministério, de janeiro de 2008, até abril de 2009, foram credenciados 106 NASF, a maioria com pelo menos um profissional de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

A partir de então, os profissionais de saúde mental nos NASF seriam, portanto, a principal estratégia nacional para o desenvolvimento da atenção à saúde mental na atenção básica na ESF.

²⁷ The Lancet Global Mental Health Series, desenvolvida por um grupo internacional de especialistas em saúde mental e em saúde pública com base em literatura científica e em dados da Organização Mundial de Saúde, foi publicada na revista médica “The Lancet” em novembro de 2007, inclusive com evento na cidade de São Paulo, coordenado pela Universidade Federal de São Paulo. São seis artigos que indicam a necessidade de definir estratégias para reduzir o impacto e a incidência das doenças mentais na população mundial.

Importante seria ressaltar-se que a função de organização das ações de saúde mental no território já estaria centralizada e prevista pela Portaria de nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a) que regulamentou a criação e funcionamento dos CAPS. Sobre a centralidade e importância estratégica do CAPS, enquanto dispositivo de atenção em saúde mental, serão realizadas considerações mais adiante. Observadas essas considerações, com o objetivo apenas de se complementarem, àquelas já realizadas em capítulos anteriores, serão abordados e analisados a partir de agora, os resultados das percepções dos profissionais envolvidos nas unidades selecionadas sobre a implantação do Programa de apoio à saúde mental.

A categorização dessas percepções foi denominada Eixo II e subdivididas em Demandas e necessidades em Saúde Mental; Organização e Processo de Trabalho e Resultados e Desafios percebidos.

6.2.2.2.1 Demandas e necessidades em saúde mental

Os profissionais entrevistados, em unanimidade, refletem as necessidades e a demanda para ações em Saúde Mental sejam nas visitas domiciliares ou no acolhimento da própria unidade.

Os exemplos seguintes descrevem essas percepções que desvelam essa observação inicial:

*GR. Mas... **A gente vê mesmo muito problema realmente de saúde mental.** Eu to falando realmente que é o foco grande aqui. Eu vejo um problema grande mesmo. A gente tem dificuldade de... Assim... Você até deve ter percebido isso nas equipes, tem um numero acho que elevado de saúde mental em termos da taxa de população assim.*

E eu percebo as pessoas desesperadas, quando pede uma referência, quando um psiquiatra saiu, quando a demora é grande para a pessoas, aquele paciente ser atendido. Ainda entra muito assim... Em desespero mesmo...

DR.R. Eu me sinto responsável sim, eu tenho que me sentir. Este problema é tão universal e está tão presente que se a pessoa corre eu sou um clínico na clínica tipo tratar diabetes e hipertensão, se não levar em conta, se não se

envolver neste aspecto, você não está participando do PSF. Porque eu acho que, disparado, este é o problema mais presente e se tiver que ter uma mudança importante para o futuro, que tem um efeito em todas as áreas, sem dúvida, é essa. (...) O contexto social socioeconômico aqui é tão forte, a versão que ele faz as distorções que ele causa de personalidade, conduta... Que ignorar isso eu acho um crime, inaceitável.

DR.I. A maioria que a gente vê aqui... A maioria mesmo é depressão. Bastante gente... Chama a atenção. Eu já tinha até comentado com o pessoal Eu acho até uma grande quantidade de pessoas com saúde mental... Eu acho... Fiquei até espantado com a quantidade.

ER: E falam que esta com problema mental, n'é? Que precisa passar no médico, precisa ir à perícia do INSS, que não tem condição de trabalhar, porque não consegue pegar o ônibus, n'é? Que não consegue ficar onde tem muita gente, porque tem a sensação de estar sendo perseguido...

EI: Eu acho que se foca mesmo nisso, porque a maioria das queixas... Se a gente for fazer mesmo um apanhado assim de tudo o que chega... O que chega é saúde mental.

EI: Do que chega mesmo aqui para gente é saúde mental. Se a gente conseguisse conduzir melhor os casos de saúde mental, talvez nós não tivéssemos tanto que vê o que acontece aqui na frente... Até as próprias queixas... Porque, você pode notar este problema de saúde mental em vários níveis. Então, é uma mãe que trás uma criança que não consegue nem cuidar de uma criança... Então, são vários níveis que a gente lida com isso...

AXI: Olha, em saúde mental, eu vou te falar. Assim, a gente tem bastante paciente que tem problemas de saúde mental. Muito, muito mesmo. Principalmente na minha área que é a área três. E assim, a gente vê uma grande necessidade deles, porque a gente não tem psiquiatra na unidade, n'é?

Algo, inicialmente, a ser observado na análise dessas percepções é que o transtorno mental é apreendido de forma não sistemática e não planejada, diferentemente, portanto dos casos de hipertensão e diabetes, já comentados anteriormente.

ACR: Que nem hoje. Eu estava visita em uma casa, agora à tarde, aí uma das pessoas que tem um problema que precisa de acompanhamento psiquiátrico, estava na rua... Ela estava o que? Estava nua praticamente, só de calcinha e sutiã. Uma pessoa normal não fica deste jeito na rua. Ela é nova, tem 39 anos, precisa... Só tem uma filha que mora com ela de 13/14 anos que por ser de menor, não consegue resolver. E ainda hoje, a gente não conseguiu resolver o caso dela...

ACR: Pessoas que tomam chumbinho, que tenta se matar, que tenta tirar a vida até da própria família que mora lá. Aí essa moça vem quando esta deste jeito, n'é?

E: Eu escuto. Eu escuto, porque na maioria das vezes, o que eles precisam mesmo é de alguém que escute. Eu escuto o que eles têm para falar e depois eu aconselho. Peço para que ele fique calmo, que não é... Não é ficando

desesperado que vai ser solucionada alguma coisa. Ou que eu vou tentar resolver aqui na unidade...

Indagada, quando o cadastro inicial por meio de inquérito familiar a respeito de doenças existentes, era realizado e se constava alguma pergunta sobre transtorno mental presente, uma ACS, relatou:

ACR: Não. Tem relação da hipertensão, diabetes, a criança, maternidade... Isso. Na saúde mental não (...). A saúde mental, quando a pessoa tem um problema, aí a gente traz... Mas não é perguntado não... E algumas pessoas aceitam e pedem esta ajuda. Algumas pessoas têm esse problema, mas não aceita que tem e a família que passa para gente e a gente traz para o médico.

Esse achado já havia sido observado por LUCCHESE et al. (2009), ao discorrerem sobre esse fato:

Além da exigência de envolvimento do trabalhador, revelaram que sua produção na área da saúde mental não é sistematizada e nem tampouco planejada, tudo é feito informalmente no ato do contato com a pessoa em sofrimento psíquico, conforme ela se apresenta no serviço. Não há planejamento para a identificação e descrição dessa demanda, de organização do trabalho para o atendimento em grupos ou desenvolvimento de estratégias de atenção ao usuário. (p.2036).

Esta demanda, invisível nos relatórios da ESF, é caracterizada das mais variadas formas pelos diversos profissionais. Diversos sentimentos e conteúdos irrompem nas experiências percebidas. Esses conteúdos confundem-se com estereótipos sociais difusos muitas vezes:

O psiquiátrico às vezes se sente acolhido e não quer ir embora. E fica aí, sentado... Agora, puseram uma televisão, e é fantástico. Eles ficam de manhã e a tarde aí.

ER: Que aqui, eu percebo que como a nossa região é uma região muito carente, n'ê? Extremo sul... Então tem muita gente desempregada, infelizmente muita família que ou a mãe esta presa ou o pai está preso. Muita questão do alcoolismo. Então isso acaba gerando uma... A queixa principal que eu percebo em saúde mental é a tristeza... Aquela tristeza... Que daí você já tenta fazer aquele gancho com a depressão... E é aí que falta aquele elemento para você poder falar se é depressão mesmo ou não, se é em um grau moderado ou mais grave... Mais o que eu percebo é isso. Então no próprio relato do familiar, ela fala se a pessoa esta tendo alteração de comportamento, n'ê?

EI: Eu acho que assim... Nessas horas, a gente sabe que... Mesmo o paciente estar vindo aqui, a gente presta o atendimento. Pelo menos é essa a minha atitude, entendeu? Porque eu sei que tem gente que acaba até largando o paciente lá e sai e não sei o que, para não dar o atendimento, porque sabe que ele está aqui todos os dias.

Aí fiz a visita assim: eu confesso Dr. José, que eu fiquei assim: a gente não deixa o emocional aparecer, mas na hora assim, eu fiquei meio, senti, balançada

*como ser humano, n'ê? Então. E chegou ao ponto que chegou. Ele parecia muito... **Sabe aquele bicho acuado? A unha comprida, a aparência dele não estava das melhores... Toda suja, as unhas sem fazer, n'ê? Até sem se alimentar...** Quando ele me viu assim como se fosse um bicho com medo do predador, n'ê? Aí começamos a conversar, chamei, o convidei que tem um grupo aqui de adolescentes da equipe dois, n'ê? Com Doutor, A enfermeira Ester E ele assim: “- Ah eu vou.” Mas aí a gente pensa: “ah! Eu acho que ele não vai querer ir, n'ê?”*

***A pobreza é horrível. Mas só a pobreza não é o que causa a saúde mental,** que derruba a pessoa, que causa a depressão profunda, n'ê? Existe este maldito ingrediente da cidade grande de se sentir marginalizado, que aqui a gente também... Eu notei aqui na periferia...*

Pode-se concluir, portanto, que não existe também nenhuma “previsão” ou presença da identificação dos transtornos mentais, apesar de sua relevância epidemiológica, nas informações trazidas pelos ACS ao restante da equipe por ocasião do cadastramento familiar para compor as informações de saúde no território adstrito. Não é sequer perguntado nesse inquérito familiar inicial, ou seja, não se supõem serem informações relevantes iniciais para as equipes da ESF. Essa ausência de reconhecimento inicial certamente contribui para a invisibilidade desses problemas de saúde na comunidade. Qual a repercussão dessa ausência de prioridade e de necessidade de detecção de problemas de saúde mental para os profissionais da ESF? E mesmo para o planejamento das ações?

Outra percepção parece abordar essa preocupação:

*E: É. Realmente é... **Porque, muitas vezes, o hipertenso e o diabético, ele é tratado aqui mesmo. Ele...** A maioria das vezes, ele não é encaminhado para lugar nenhum **Agora, um paciente psiquiátrico, ou que precisa dessa... Assistência psiquiatra, ele é encaminhado. Ele fica parado ali esperando...***

Considerando a questão do preconceito e estigma não superado, a inexistência dessa abordagem inicial - para a busca ativa de casos - não poderia contribuir ainda mais para as famílias esconderem os seus membros que apresentem esses problemas, impedindo sua detecção ativa e mesmo precoce?

O estigma pode ser definido como o afeto negativo que uma marca ou uma etiqueta produz em um grupo como uma minoria étnica, religiosa ou portadores de certas doenças entre as quais se destacam, atualmente, a AIDS e a doença mental (HAYWARD e BRIGHT, 1997)

Goffman destacou o estigma como configurado em uma situação quando o sujeito não se percebesse habilitado em uma aceitação plena da sociedade; seria uma marca diferencial, experimentada como de valor pejorativo, que inferioriza, e que seria estabelecida a partir de critérios impostos arbitrariamente nas relações sociais cotidianas (GOFFMAN, 1988).

O estigma incluiria ainda três elementos: um problema de conhecimento, a ignorância; um problema de atitude, o prejuízo e uma conduta – a discriminação (THORNICROFT et al., 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde, em seu relatório, “The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope”, citando o Relatório do Diretor – Geral de Saúde dos Estados Unidos de 1999, o problema do estigma impactaria os americanos com transtornos mentais graves que não conseguem procurar ajuda nos serviços de saúde e seria um dos motivos dessa barreira real, não obstante a eficácia de opções de tratamento (OMS, 2001, p. 103).

Em outro importante documento, a OMS – Organização Mundial da Saúde – destaca ainda que em qualquer lugar do mundo essa população seria vítima de discriminação pela simples razão de sofrer esses problemas de saúde e que esse sofrimento acompanharia sua incapacidade econômica e suas perdas enquanto seguir marcada por esse estigma. Frequentemente, apresentam dificuldades para obter moradia, o emprego ou os outros serviços que compreendam vida normal na sociedade, desencadeando crises agudas em seus sintomas. Por essa razão frequentemente eles resistem em recorrer aos especialistas para tratar seus problemas e optam para sofrerem de seus problemas solitária e silenciosamente (OMS, 2002).

A informação ambígua sobre os transtornos mentais, por exemplo, a ideia que aqueles pacientes são geralmente violentos ou vítimas de algum tipo de maldição ou de que são incuráveis não faz mais do que perpetuar o estigma e a discriminação. A falta do acesso a tratamentos e o isolamento em hospitais psiquiátricos não integrados em suas redes de saúde favorecem essa discriminação em suas comunidades. E complementando:

“En los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental se establece que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental, que todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido en la comunidad en la que vive y a recibir el tratamiento menos restrictivo posible. La aplicación de esos principios, sin embargo, dista mucho de ser perfecta en buena parte del mundo”. (p.4)

Esse documento propõe ainda que os governos possam se servir principalmente dos meios de comunicação para a discussão desse problema e mais concretamente para informar o público, estimular a população para a mudança de atitudes e opiniões e condutas e propor medidas que influenciem mudanças nos determinantes sociais, estruturais e econômicos que favoreçam a perpetuação dessa discriminação de pessoas com transtornos mentais. Quatro grupos – chaves seriam visados prioritariamente para a difusão da comunicação e da educação para o enfrentamento desse estigma: a população geral, os agentes de saúde e os grupos de usuários, familiares e as ONGs. Deveriam ser mais bem informados sobre os transtornos mentais, a existência de seus tratamentos e direitos nos serviços de saúde.

O desconhecimento e o preconceito transparecem nas percepções trazidas por alguns profissionais:

E as atas, quando as atas também estão aqui, a população diz: “- mas, às vezes o paciente psiquiátrico está bravo, ele já entra bravo”. Então assim: não é porque o paciente psiquiátrico, que ele é o paciente psiquiátrico, que ele tem que estar bravo. Tem um monte de outras pessoas que entraram muito... n'ê? Falou, e assim: não só pacientes que estavam esperando a Doutora²⁸ Então assim: a gente vai desmistificando um pouquinho isto...

O fato é que o paciente psiquiátrico, sequer aceito pelo próprio familiar que, aqui, compreendendo a menos a condição daquele paciente, também é muito pouco compreendido pelos profissionais da UBS. Ainda existe sim um pré-conceito minimamente, uma dificuldade de compreender as necessidades de um paciente como se ele fosse algo diferente. É um paciente, só que as necessidades são outras.

O primeiro são doenças socialmente aceitas, e convenhamos a maior parte das doenças psiquiátricas ainda ficam bastante indefinidos, dentro da nossa cultura, e para os próprios profissionais.

Outros autores ainda apontam o estigma se sobrepondo ao sofrimento e influenciando o curso dos transtornos mentais e piorando a acessibilidade e procura de ajuda (KLEINMAN, 1988; HINSHAW e

²⁸ O nome da médica psiquiatra foi suprimido

CICCHETTI, 2000; KURIHARA et al., 2000; CORRIGAN e LUNDIN, 2001; PATEL e KLEINMAN, 2003; MOREIRA, 2007).

El: É... Que é o posto de referência e ele... Mesmo você vê que os funcionários acabam tendo um certo preconceito, e aqueles joguinhos.. Piadas... (...) É, assim: “- Esse aí não vai sair daqui mais... Esse outro veio fazer showzinho aqui para chamar atenção da família...”. Mas você nota que a pessoa tem um problema... Que ele não vem aqui fazer um showzinho todo dia de graça... Eu acho que não tem uma categoria não. Eu acho que você ouve mesmo é de... Desde a recepção que vem e fala... Todo mundo. (...) Não. O paciente dá a entrada e ninguém dá atenção para ele. (...) Todos sabem... Todo mundo sabe o nome. Todo mundo sabe que ele vem aqui. Acabam falando, para não dar muita... (...). Principalmente de médico e de enfermeiro. Porque muitas vezes o agente comunitário, ele tem essa sensibilização, mas quando chega aqui, o caso é... O caso é um descaso... Se torna descaso...

Foge das perspectivas dessa pesquisa o aprofundamento do tema do estigma e discriminação dos portadores de transtornos mentais e de sua importância na acessibilidade aos serviços de saúde, no entanto, não há como se deixar de pontuar como uma percepção mais positiva dos profissionais de saúde poderia minorar essa dificuldade.

A percepção desse profissional aponta essa potencialidade:

Mas o programa é muito bom, muito importante, n'ê? E você acaba tirando aquele estigma do paciente, que quando ele vem que ele fala: “- AH, eu sou um paciente psiquiátrico, n'ê?” Ele sempre tem associado que ele tem que ficar internado, que ele tem que estar numa camisa de força, e não é assim.

Partilha-se a ideia de que a implantação de programas de Saúde Mental junto à ESF estaria contribuindo de várias maneiras para esse enfrentamento, como por exemplo, informando e influenciando a percepção da população sobre esses transtornos, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde mental e responsabilizando-se pelo encaminhamento adequado para a resolução e tratamento da ampla gama desses problemas.

Em outras palavras, seria necessário que a ESF apontasse mais claramente a importância da Saúde Mental nas suas diretrizes de Promoção de Saúde. A educação, capacitação e treinamento de seus recursos humanos na integração desses conceitos seriam de fundamental importância. Reconhece-se, portanto, na implantação de programas como esse e a dos NASF, mais recentemente, um caráter estratégico fundamental e de extrema pertinência, que poderia oferecer uma maior sustentabilidade ao

complementar as diretrizes da ESF para uma ação maior em sua busca efetiva da Integralidade.

Os médicos de família percebem a necessidade de uma abordagem em Saúde Mental e essa apreensão do fenômeno aparece de forma mais organizada, na própria clínica que realizam.

Frequentemente detectam o transtorno mental de forma mais sistematizada, quando do tratamento de outras patologias, como hipertensão e diabetes, para ficar em exemplos bem conhecidos na ESF:

*Ou mesmo aqueles caso que esta em consulta e **você esta cuidando da hipertensão dele, mas no fundo você vê que ele esta com depressão alguma coisa assim.** Aparece dessa forma. Eles vêm buscar e às vezes em quanto o programa saúde da família a gente acha. Ta? Mais do que nunca a gente vê isso como problema de saúde mental, mas esta cuidando de uma coisa e agente vê outras né?*

*DR.I. Não. Geralmente, ele vem com uma queixa, e **no meio desta queixa a gente percebe a depressão e a ansiedade. A pessoa vem com uma questão, que é uma questão de hipertensão, e fala que não está conseguindo dormir bem à noite. Aí nessas a gente já vai começando a investigar, vai falando de como está a questão familiar, questão econômica e a gente vai chegando no ponto crucial para determinar que é uma depressão. E quando a gente vê que é uma depressão, a gente começa e tenta fazer o tratamento inicial, n'ê?***

Essa associação entre entidades clínicas diversas é descrita e denominada “comorbidade”. Termo médico primeiramente utilizado por FEINSTEIN (1970).

Este conceito, que vem sendo utilizado de várias formas e sofrendo modificações, incorporou-se mais recentemente na prática psiquiátrica, segundo ANGOLD et al.(2001).

A princípio o termo referia-se à ocorrência de duas doenças distintas em um mesmo indivíduo, “uma doença adicional num paciente com uma doença índice”. O conceito atual refere-se à associação, mais que informal, mas provavelmente não causal, entre uma doença ou transtorno índice e uma ou mais patologias físicas ou psicológicas.

A adoção da definição de Feinstein não implica *per se* na admissão de uma hierarquia entre o “transtorno índice” e os “adicionais”.

Para MARQUES et al. (1994), ela poderia ainda ser de natureza patogênica quando duas ou mais doenças estivessem etiológicamente

relacionadas; diagnóstica quando as manifestações da doença associada simular as da doença índices; prognóstica quando houvesse doenças que predisponham o paciente a desenvolver outras doenças.

Já se destacou, em capítulos precedentes, a relevância da necessidade do reconhecimento de sintomas ou transtornos mentais que impactam o tratamento de outras patologias crônicas frequentes na APS.

Segundo TENG et al. (2005, p. 150), a presença de depressão pioraria diversos fatores relacionados à saúde em pacientes clínicos. Citando Cooper et al., e Unützer et al., descreve a maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas. Destaca a baixa adesão ao tratamento e recomendações médicas como maior risco naquela associação citando Dimatteo et al.

Outra problemática foi trazida como exemplo. Essa percepção, trazida pelo gerente de uma unidade sobre a demanda em saúde mental denota sua dificuldade de se avaliar a produção do cuidado, distinguindo as abordagens:

O problema é que eu não tenho a mesma resposta aos... O mesmo tipo de resposta de outros pacientes aos tratamentos. Eu tenho um hipertenso, quando eu entro com um anti-hipertensivo. Teoricamente a pressão diminuiu, então, eu tenho uma resposta fisiológica. E a resposta fisiológica é que a pressão diminuiu. Eu tenho um diabético em uma descompensação diabética. Eu entro com uma série de tratamentos, ou seja, orientação nutricional... E eu tenho uma resposta fisiológica que eu meço. Eu faço uma medida e eu tenho o registro disso. E assim, quase todos, quando chega ao paciente de desvio de comportamento, eu não tenho um número para medir... Eu não tenho um exame para dizer: “- Olha, ele está menos agressivo, ou ele está lúcido, ou ele está mais coerência na linha de raciocínio”. Eu tenho que ter uma avaliação...

Uma criança eu sei se está desnutrida... Eu tenho um número para medir. Uma gestante eu sei até que semana, quando ela vai dar... Eu tenho esses números... Eu tenho uma referência que eu consigo fazer a comparação e comparar um alvo a ser atingido com o que eu estou recebendo... Agora, se me dá um paciente que eu não tenho como medir... O próprio profissional que não tem essa vivência, ele não tem uma escala. Para ele, por mais simples que seja um desvio de comportamento, é complexo. É uma referência que ele não tem...

Este tópico recolheu e analisou a importância e diversidade das percepções sobre as necessidades e demandas em saúde mental observada pelos profissionais da ESF que impactam o cotidiano do trabalho e interferem em suas práticas - o que justificaria a implantação do Programa de Apoio à

Saúde Mental - tendo em vista que a abordagem desses problemas de saúde não foi contemplada anteriormente.

A seguir, será apresentada a análise das percepções contidas no tema da Organização e Processo de Trabalho do Programa de Apoio.

6.2.2.2.2 Organização e processo de trabalho

O Programa de apoio à saúde mental foi implantado com objetivo de implementar as ações de Saúde Mental na ESF do M'Boi Mirim reorganizando seus fluxos e adensando essas ações nas unidades de saúde, favorecendo o acesso, entre outras ações, por meio da contratação inicial de equipes de apoio compostas inicialmente por um médico psiquiatra. Este rearranjo seria realizado por meio do chamado apoio matricial, definido por CAMPOS (1999).

Foram definidas as regiões de abrangência para cada equipe de apoio em unidades-sede. Seriam agendados os contatos e as reuniões com a presença do psiquiatra e as equipes de referência principalmente o médico de família e os enfermeiros, conforme já relatado. O Médico Psiquiatra como regra geral, deveria abarcar a função assistencial direta em 80% de sua carga horária contratada (20 horas por semana) e os restantes 20% distribuídos pelas equipes em função das atividades de reuniões conjuntas - portanto 4 horas por semana - e o número de unidades abrangidas determinaria a frequência implicando sempre revezamento a cada semana para o apoiador. Como já observado, o número de unidades nesse micro sistema do Jardim Herculano contemplou seis unidades, o que equivale a dizer que, a cada seis semanas, a equipe de cada unidade poderia reunir-se com o médico psiquiatra de apoio que se dirigiria para essa unidade.

Do que se observou, não foram definidas, à priori, diretrizes rígidas, nem cronogramas, na implantação, em relação ao conteúdo programático das reuniões no arranjo matricial.

Deixou-se para cada equipe resolver e acordar mais especificamente suas prioridades e necessidades de apoio, com o psiquiatra, como se daria essa intersecção, apenas com os objetivos mais gerais definidos da teoria do processo de matriciamento. A ausência de uma organização com diretrizes mais explícitas acarretou dificuldades iniciais, segundo o médico psiquiatra envolvido no programa:

Então assim, a minha impressão, quando eu cheguei aqui, foi de que... Estava largada, completamente. Não tinha uma equipe, quer dizer... Na época tinha uma psiquiatra, um psicólogo e uma TO... Mas assim, era... esse trabalho que era totalmente, assim... Desagregado, né? Não tinha um trabalho de equipe com adultos... Então inicialmente eu estranhei muito, assim... E eu me senti... Tipo, jogada. Eu comecei a atender... É... No início... Que as reuniões vieram pouco depois... Então no início... Tipo – “vou fazer da minha cabeça”... Aquilo da experiência que eu já tinha um pouco anterior, e daquilo que meu bom senso diz que o que eu tenho que fazer né?

Quando questionado a respeito da recepção pelo gerente da unidade envolvida, que poderia ter indicado essas diretrizes, ele respondeu:

(...) Assim, na verdade assim... Ele favoreceu, vamos dizer assim, que ele não colocou empecilhos. Ele me deixou trabalhar. Porque também eu. Acho que ele não tinha informações de como que era isto... Ele não pôde... Ele me ajudou no sentido de... De me possibilitar de fazer o que eu queria fazer, mas não de me dar informações. Porque, acho até ele também não sabia, muito como é que é que tinha que ser.

O apoio do gerente, tanto da unidade que abriga o psiquiatra responsável pelo matriciamento, quanto da unidade que recebe naquele dia esse profissional para organizar e ajudar o processo de agendamento das reuniões é destacado como fundamental para o psiquiatra:

Sim... Na verdade, eu tinha tido essa ideia de fazer essa escala, passar por email, e ser combinado em reunião de gerente... Quer dizer, a gerente que vê isto e eu, achamos legal e a gente fez. Então ela dá um apoio neste sentido, manda para os gerentes e diz: olha tal dia, tal horário, na nana. Então eu tenho um respaldo dela neste sentido, então ficou legal. Mas antes não era assim, a gente ia marcando a cada encontro, né? Então é assim, tem o UBS que você chega e você fica: “- O Fulano avisa os médicos que eu estou aqui e tal” (...) Tipo, semana passada fui à UBS, e ouvi: “- Ah, não foi recebido o email que a reunião era aqui hoje...” Bom, a minha gerente falou que mandou há duas semanas, tananana... (...) Eu não tenho mais paciência com isso. Esta escala foi passada por email para todo mundo... Então assim a recepção foi esta...

Dificuldades nas agendas para o processo de trabalho de apoio matricial ser realizado foram percebidas, portanto, em relação a essa implantação. Esse processo era percebido, às vezes, como uma sobrecarga no trabalho, desarranjo em atendimentos e rotinas de trabalho, na percepção deste gerente:

*Gl: Bom, vou te colocar assim: o quê que acontece? As equipes já fazem a reunião de equipes e discutem os casos nas suas equipes. **Quando vem a Doutora(X)**²⁹... **Vem... A médica vem fazer o matriciamento, aquele dia morreu. Eu já tenho que dispensar todas as agendas. E tem médico que fala: “- Sid, eu não vou conseguir avaliar a minha gestão... Eu não vou conseguir ir”. Porque o período de discussão é uma situação que precisa ser vista. Muito longa.** Por conta... Pode até ser pela situação de ter novo médico, então sempre é uma novidade para os que vieram... Pode ser isso. Eu já cheguei a pensar nisso. Talvez, com o passar do tempo, os pacientes mais complexos já tenham feito a primeira discussão, e depois fica mais fácil. Ou o médico que já tem um contato maior com a Doutora(X)³⁰... E já vai trazer realmente aquilo que fique mais ágil. Porque toda a implantação, todo início de você criar uma rotina é mais demorado. Não pelo fato do sistema, eu conto porque aí o problema é meu, eu tenho um turnover alto. O meu médico é sempre novo. Então, a Doutora(X) vai demorar um mês ou dois e vai ter um médico novo. Teve uma médica que não participou porque estava de licença médica. Mas na próxima reunião, ela já está... Volta a ter um tempo novo. Então, isso pode ser ainda revisto, mas hoje, ela ainda demora muito. A discussão demora muito. Então, na prática eu tenho **que pegar agendas de consultas de gestante, de hipertensos e diabéticos, e eu vou riscar estas agendas e elas vão se tornar tipo uma discussão de pacientes psiquiátricos. Mas eu não tenho esse grupo. Então, eu tenho que deixar de fazer a rotina do PSF para fazer rotina de uma coisa que não estava prevista no programa.***

Está lá marcado, eu tenho certeza que eles marcam na agenda, os profissionais do PSF marcam na agenda e aí aparece isso, aparece aquilo, aparece aquilo outro, e do tipo que não pode faltar, você vai ter toda a equipe lá guardada? Você não vai ter, porque existem outros compromissos que vão se adicionando junto a esse também.

*As 40 horas semanais de um médico estão distribuídas em um período exato. **Ele me tira 6 horas ou 4 horas, ou 5 horas. Ela vem uma vez por mês e aquela semana me mata de... Então, naquela semana acontece...** Não é que foi uma consulta, ou duas, ou três, que seja quatro. **É que numa semana são vistas as gestantes e na outra semana são vistos os hipertensos, e na outra semana os diabéticos...** Isso é um modelo. Se eu tiro um dia, eu tenho duas semanas que as gestantes vão pular.*

A maioria das percepções apontou, porém, para uma boa expectativa e adesão por parte dos profissionais participantes das reuniões agendadas:

P: Pra ser bem precisa eu não tenho participado assiduamente, na verdade eu não tenho participado das reuniões de matriciamento. Matriciamento eu não

²⁹ Nome do médico psiquiatra suprimido.

³⁰ Idem.

*tenho muita certeza, embora, deve ter uns dois anos... É não chega há dois anos que a Doutora(X) tem vindo. Começou já com a Doutora(X) que esta com a gente até hoje. É... acontece uma coisa que a gente sentiu porque era mensal mas, eu acho que pelo numero de unidades que ela atendia passou a ser trimestral. **Mas assim eu acho super legal porque gera uma expectativa pros médicos e enfermeiros super interessante. Quando tem o grupo eu peço para não agendar consulta nem nada né?** agendado. Então eles ficam assim esperando: “a Doutora(X)³¹ ainda não chegou?, a Dra. Doutora(X) ainda não chegou”?. **Porque eu acho que gera uma ansiedade que... Eles sentem de saúde mental, aqui grande, e eles sentem que vai chegar uma pessoa podendo dar uma solução né?** Eu sei que o matriciamento, eu sei pelo que eu sei pelo que eu conheço um pouquinho do matriciamento, no começo a gente participou de algumas reuniões... A gente foi... o que seria o matriciamento. Deveria ser um pouco diferente do que acontece hoje, mas não é por culpa do meu profissional nem do (...). Eu acho que assim...*

*(...) Não só pela passagem de caso, é isso que eu quero dizer. Então o matriciamento seria para chegar aqui e capacitar o meu profissional, o medico daqui, a atender alguns casos de psiquiatria. Claro é... Como de repente algum apoio ali: “olha eu to atendendo um caso e surgiu uma duvida”. (...) **Então é... Eu vejo o matriciamento ótimo assim, eles gostam hoje, eles têm apreendido.***

No trabalho de campo foram observadas, duas reuniões de apoio matricial. A composição dessas reuniões contou com a maioria dos médicos e enfermeiros e pouca ou nenhuma participação dos outros profissionais da ESF da unidade e o médico psiquiatra.

O conteúdo programático constou dos agendamentos e discussões de casos que eram trazidos pelos profissionais dessas equipes. Observou-se a ênfase no diagnóstico, no modelo biomédico e a base clínica de manejo, troca de informações, encaminhamento para o próprio psiquiatra dos casos mais graves e quando era o caso encorajava-se a continuidade do atendimento na própria equipe da ESF. Em alguns momentos era realizada uma consulta conjunta com a presença do próprio usuário e/ou familiar, a equipe de referência daquele usuário, o psiquiatra e demais presentes da reunião como observadores. O clima observado era de troca de experiências e de informações, manejo dos casos, projetos terapêuticos singulares eram determinados conjuntamente, agendas de atendimento eram já marcadas, como é relatado na própria percepção do médico psiquiatra:

E: Então o que acontece? Eles mandam os casos, n'ê? A gente discute lá, a gente meio que tria aquilo que é mais importante, mais grave... Ou tem alguma questão de dúvidas do diagnóstico... Às vezes não é nem o caso tão grave, mas

³¹ Nome suprimido pelo autor.

é uma dúvida, mas de uma questão de INSS, ou uma questão... Enfim, o paciente é querelante apesar da equipe falar que ele não precisa passar por um psiquiatra, mas ele quer passar por um psiquiatra. Tá então tudo bem, ele quer passar por um psiquiatra. Eu avalio e a gente vai ver que não tem esta necessidade e manda de volta.

Como o processo não foi rigidamente normatizado, a participação e as composições profissionais das reuniões variaram conforme a unidade e a equipe envolvida. Este fato permitiu vários arranjos no processo de trabalho, segundo a percepção do próprio psiquiatra:

“Olha, tem uma UBS com três equipes, e foram os três médicos e eu. E a gente atende vários pacientes. Eles acharam melhor fazer assim. Eu atendo lá mesmo. Não que eu faça ambulatório de ficar marcando retorno. Mas a gente dá uma avaliada e sempre discute depois”.

“Tem UBS’s, assim, que eu vou e as enfermeiras vão, participam quase todas, assim, e os médicos também. É... Às vezes tem um ou outro que não vai. Sei que o Fulano, é sempre o Fulano que não aparece nesta UBS. E as enfermeiras vão e participam e é super legal... Trazem uma história super bem contada e é bem legal, assim... Às vezes o paciente faz maior vínculo com elas, então, eu sempre deixei isso aberto. É... Tem outra UBS que é assim também... As enfermeiras querem, participam e tal. Você vê que tem algumas que são muito mais motivadas, tem outras que não são. É... Tem outra UBS que eu não consigo fazer trabalho. Tem outra que eu vou que só atende os médicos... Tem... Aqui eu convido todo mundo. Aqui é mó legal! Porque participa todo mundo: médico, enfermeiro, a gente de saúde...”

A percepção desse profissional ilustra suas expectativas e a experiência no programa com o processo de trabalho relatado:

ER: A minha participação é o seguinte: a gente separa os casos, n’ê? No começo, com a Dra. (X), no começo ela vinha todo mês. Agora ela vem bimensal, n’ê? A gente separava os casos e discutia com ela. Como ficou aqui muito tempo sem médico na equipe, a maioria dos casos que eu discutia com ela, ela pedia para encaminhar para ela, porque ela sabia que não tinha médico para estar medicando (...). Então, a gente traz os casos, a gente seleciona dois ou três pacientes, e aqui ela vem e discute os casos com a gente e com o paciente e a gente vai ganhando mais elementos, n’ê?

Segundo CAMPOS e DOMITTI (2007), o apoio matricial implicaria a construção de um projeto terapêutico integrado, com essa articulação entre equipe de referência e apoiadores podendo desenvolver-se em três planos fundamentais:

a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e os profissionais da equipe de referência;

b) Assistência direta ao caso que exigisse uma atenção mais específica ao núcleo de saber do apoiador, quando esse então programaria para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas. Manteria ainda assim, porém, o contato com a equipe de referência, que continuaria com seu compromisso e responsabilidades com o caso, redefinindo um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;

c) o apoio poderia restringir-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob o cuidado da equipe de referência.

Essa metodologia de trabalho visaria a assegurar uma retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto em técnico-pedagógico. Apoiar-se-ia, portanto, em uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da atenção básica, que trazem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Essa articulação criaria possibilidade de se efetivar a tão almejada clínica ampliada, cuja função, por excelência, seria acompanhar movimentos, metamorfoses subjetivas, paisagens que vão se processando cotidianamente na vida, proporcionando um meio criador para encontros e composições. Uma clínica como prática política que tem a ver com afeto e com a fabricação de modos de existência (DIMENSTEIN, 2005).

Uma observação importante é a que altera a tradicional noção de referência e contra-referência vigente nos sistemas de saúde: quando um paciente se utiliza de um serviço matricial, ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência.

Nesse sentido, não há encaminhamento, mas desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores. De qualquer forma, a responsabilidade principal pela condução do caso continua com a equipe de referência.

CAMPOS (1999) ainda argumentaria que esse novo arranjo para os serviços de saúde com base nos conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial, estimula a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co - produção de saúde, partindo-se da suposição de que uma reordenação do trabalho em saúde ditado agora pela diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários. Esse novo arranjo propiciaria às práticas cotidianas, “a produção de novos padrões de inter- relação entre equipe e usuários, ampliaria o compromisso dos profissionais com a produção de saúde e quebraria obstáculos organizacionais à comunicação”. (pág.395)

Segundo DIMENSTEIN (2005), 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 são grandes desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país nos próximos anos e a garantia de acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada que envolva as equipes de saúde mental e às da atenção básica deverá ser uma das principais prioridades, objetivando, com isso, minimizar a fragmentação da assistência em saúde tradicional.

A compreensão da lógica do processo de matriciamento, de seus objetivos conceituais e práticos é apreendida pelo médico psiquiatra do programa:

E: Então... Eu acho que os pontos positivos são esses, n'ê? De que você entra em contato mais com as equipes. Quer dizer, o paciente não é pequeno, não é do psiquiatra, é um paciente da nossa região que está acompanhando lá. Então a ideia é de que a equipe se aproprie do paciente, de que tem esse trabalho conjunto. Quer dizer, ele chega lá mal, e a equipe sabe o que ele tem, dá o medicamento, a gente reagenda uma consulta. Então eu acho que essa troca eu acho que é um dos pontos mais positivos assim. E daí que a gente... Uma outra coisa positiva é que, se funcionando legal, a gente

consegue habilitar a equipe para cuidar de casos mais leves, e a gente cuidar de casos mais graves. Eu vejo que tem dias que eu atendo, não foi o caso de hoje, mas tem dias que eu atendo quase uma tarde inteira só gente psicótica, entendeu? Então, eu acho que esse é um outro grande ponto positivo assim.

Outros profissionais entrevistados apreendem o processo matricial de outras formas, ou melhor, dizendo, de uma forma parcial apenas. Um ponto comum é que predominaria ainda um modelo biomédico centrado em diagnóstico e uma clínica mais especializada com muitos agendamentos centralizados na figura do médico psiquiatra que acaba se responsabilizando sozinho pela condução do caso, sobrecarregando-o:

GH: Num primeiro momento eu quis ouvir muito a psiquiatra, n'ê? Porque ela é o carro chefe.

É. Isso... Você fica sozinha. (...) Mas no dia a dia você precisa de alguém aqui, às vezes um agente de saúde que pode te ajudar a te resolver um monte de pepino, assim... Sabe? Que faz o trabalho fluir melhor. Eu acho que a gente atende melhor o usuário e a gente fica menos estressada. Entendeu? Porque consegue pedir para que alguém faça aquela coisa e tal.

Então, isto que eu acho que também, se tivesse alguém para me ajudar, eu poderia... Poderia fazer melhor. (...) Aí que eu acho que entra também esta outra pessoa que poderia me ajudar ter um controle maior sobre isso. Ligar para a UBS, marcar... Enfim. Entendeu? Se tivesse alguém que pudesse... Porque antes eu fazia...

(...) Sim. Então tem lugares que o pessoal recebe melhor, que todo mundo participa. Têm outros que o pessoal faz aquele rolo de encaminhamento e é uma tristeza, n'ê?

... Mas outros casos semelhantes, que de repente se fosse o mesmo médico, ele iria adquirir experiência e conhecimento, entendeu? Então eu acho que, de maneira geral, as pessoas se interessam... Se eu tivesse que falar assim... Fazer uma média, eu acho que eles, os médico vêem como um alívio, ele vêem como, assim: “- ai meu deus, uma tabua de salvação!”... n'ê? “- vai ajudar a gente... vai dar uma luz...” Eu acho que a maioria vê assim.

(...) Então é assim, tem a UBS³² que você chega e você fica: “- ô, Fulano, avisa os médicos que eu estou aqui e tal”... Aí vem um que participa da reunião, e aí sai... Aí vem outro e diz: “-Ai, deixa eu te passar os casos”... Tem muita reunião que é assim... É. Muita “passação” de casos.

É. Assim esse apoio eu acho... O matriciamento interessante e o apoio a distancia também, não só no momento do matriciamento. Então o que acontece às vezes: “a Doutora(X) sabe tem uma coisa assim que eu tenho que resolver agora, o que eu faço?” “Olha acho melhor você mandar pro hospital direto ou... Então acho que isso é legal. Assim é uma coisa muito boa por ter a referência de uma pessoa para um apoio entendeu? Porque

³² UBS: Unidade Básica de Saúde

antes não conseguia:” ah! Vamos achar não sei aonde... “Pra dar uma orientação pra gente, pra ajudar a gente em relação a isso”.

*Eu tenho porque eu resolvi que iria ser assim, entendeu? Mas imagina... **Eu acho que é muito oito casos novos por semana. Fora alguém que está desesperado eu não sei aonde as vezes que me: “- Ai, Doutora. Tem uma Fulana gestante, assim...”***

*E: **É, às vezes ligam porque eu dou o meu celular... O pessoal me liga às vezes no celular... Ou às vezes tem mandado o email para a gerente e tal. Então e às vezes é o caso que eu também acho que é urgente. Não dá para ficar esperando. E aí eu acabo jogando aí no meio e... Então, assim... Eu acho que sim. Bastante, é. (...) Tem épocas que está pior, parece. Eu tenho tentado agora de uns meses para cá observar toda semana, tipo agora, hoje à tarde... Não dei alta p'rá ninguém. Alta que eu digo, é progresso, n'é? Hoje eu não dei p'rá nenhum, mas eu tento ver: será que não tem nenhum desses pacientes que eu não posso estar encaminhando?***

A ampliação da clínica como uma das proposições teóricas do matriciamento, embora não seja a regra no cotidiano das reuniões, como já relatado, aparece como uma preocupação do próprio psiquiatra e da equipe envolvida. Essa conceituação teórica poderia ser apreendida mesmo de forma parcial, como, por exemplo, nesse destaque da psiquiatra, ao relatar uma experiência realizada com uma equipe da ESF:

*E: Não sei... Eles se motivaram a participar, eles são belezinha. A gente fez um trabalho super legal, eu posso até imprimir, mostrar para você. É... o quê que era a minha ideia? **A minha ideia era a gente fazer uma busca ativa. Meu sonho de vida é que cada equipe... É... Na sua região, n'é? Cada equipe que a gente recebe, fizesse um mapeamento, assim como eles fazem de hipertenso, diabético e de sei lá mais o que, que eles fizessem um mapeamento dos pacientes psiquiátricos. Tem aqueles que são os “psiquiátricos, pacientes crônicos” parara, e os outros mais leves. E que eles soubessem quem são estas pessoas, entendeu? Que eles se apropriassem... Não é o paciente psiquiátrico, não é o paciente da Drª. (X). E o Fulano de Tal que tem tal problema e tadanadana...***

*E: ... Aquele caso, n'é? **Mas, assim, eu tento sempre ampliar a discussão. Então vem uma criança com dificuldade no aprendizado ou uma criança agressiva que é uma demanda da escola. Aí eu digo: “- Gente olha... criança agressiva, n'é? Isso é um sintoma. Vamos entender o que esta acontecendo pananapanana, n'é?” Aí tento ampliar, então... Aí puxo para a questão da violência doméstica, depende se tem algum dado que fala a respeito disto. Aí eu já aproveito e falo um pouco sobre isto, como é que são os tipos de violência, como é que as crianças acabam se comportando, como é que ela manifesta este problema, n'é? Enfim... E eles gostam bastante, assim...***

À exemplo de outros conceitos teóricos, a julgar pelas percepções analisadas, na prática dos profissionais, o processo de matriciamento,

comportou apreensões parciais constituindo-se hibridamente em seu cotidiano.

Procurou-se nesse tópico analisar as percepções sobre o processo de trabalho desenvolvido no Programa de Apoio implantado.

Embora já se percebam alguns desafios, à luz da teoria do matriciamento que orientou o processo de trabalho, o foco aqui foi o de descrever de forma geral o grau de implantação alcançado pelo programa e de se obter ideia melhor como essas ações foram se desenvolvendo.

Se uma ressalva pudesse ser acrescentada, seria a de que o programa apresenta-se ainda em seu desenvolvimento inicial, na época da coleta de dados e, como todo processo, seus resultados transformadores não se fizeram sentir de forma mais efetiva.

Cumprida essa etapa, será apresentada a análise do tema da avaliação de alguns resultados alcançados e desafios, ou seja, esses se apresentaram nas percepções dos profissionais entrevistados.

6.2.2.2.3 Resultados e desafios percebidos

Na época da coleta de dados, portanto, pode-se dizer que o Programa de Apoio encontrava – se em processo inicial de estruturar sua organização e modo de operar, apesar de já alcançar a adesão entusiasmada da ampla maioria dos profissionais. Este processo de construção, diga-se de passagem, estava-se realizando de forma mais estratégica, com a participação das equipes, e pelo profissional psiquiatra envolvido, que procurou adaptar-se às diferenças percebidas em cada equipe.

Se por um lado, uma característica de desenvolvimento mais participativa e estratégica poderia trazer alguma vantagem, por outro, parece ter trazido uma desorganização inicial e indefinições angustiantes aos profissionais envolvidos, pelo desconhecimento e falta de sensibilização

anterior efetiva para equipes de ESF que estão afeitas e treinadas em trabalho extensamente normatizado, como observado no capítulo anterior.

A análise e avaliação de seus resultados consequentemente ficaram comprometidas e limitadas pela ausência de parâmetros a serem alcançados, pela própria indefinição e cumprimento de metas mais explícitas e preconizadas de forma objetiva.

Ressalvando essas limitações, procedeu-se ao exame dos desafios e resultados como se apresentam no grau de implantação atual e como foram avaliados pelos profissionais à época da realização das entrevistas.

Esse grau de implantação ainda inicial foi destacado pelos três gerentes das unidades envolvidas:

GI: “O que eu entendo é que o programa está em evolução. Então, você não pode chegar agora e falar assim: “- Olha, o programa é bom, é ruim”... isso aí seria um ponto final em uma coisa que está começando. Então, isso seria até descabido. Hoje, o que ele apresenta é de positivo “...

“Negativo é que eu acho que o programa tem muito a crescer ainda: ele, eu acho, é um bebezinho ainda talvez tenha ainda que desenvolver muita coisa ainda dentro desse programa na questão de aumentar de melhorar nesse sentido. Aumentar ter um profissional a mais uma retaguarda um pouquinho melhor no sentido né? De ter mais alguém respondendo, então eu acho que é isso, é o que eu vejo. Mais positivo do que negativo hoje”.

“Mas percebe: é um embrião de uma coisa que eu realmente piamente acredito que vá bem maior. E orquestrado pela supervisão... Assim, né?”

Nem todos os profissionais foram alcançados e participaram desse programa, como é o caso dessa enfermeira:

EI: Olha, eu não conheço o Programa de Saúde Mental, para falar a verdade. Sinceramente eu não conheço. Eu sei que existem reuniões que inclusive eu não sou enfermeira referência para saúde mental, que é a enfermeira (X) que acabou até passando para mim uma das reuniões que eu não pude nem comparecer, em saúde mental.

Não se encontrou em nenhum profissional entrevistado uma avaliação negativa no sentido de se recusar a participar do programa ou que seus resultados seriam nulos e por isso deveria ser encerrado. Pelo contrário, percebeu-se a potencialidade do programa em alcançar resultados bem positivos, como, por exemplo, da capacitação das equipes:

Eu coloco na equipe assim – que nós tivéssemos alguém por perto, para te dizer: “- Olha este cara não precisa nada. Ele precisa conversar... Não, este Fulano precisa de uma ajuda medicamentosa... Este Fulano aqui precisa de uma intervenção urgente... Este cara é perigoso... Este não.”. Porque eu não tenho a menor ideia como medir isso. Eu não tenho...

E: Não. Não o mesmo caso, assim... Mas outros casos semelhantes, que de repente se fosse o mesmo médico, ele iria adquirir experiência e conhecimento, entendeu? Então eu acho que, de maneira geral, as pessoas se interessam... Se eu tivesse que falar assim... Fazer uma média, eu acho que eles, os médicos vêm como um alívio, ele vêm como, assim: “- ai meu deus, uma tabua de salvação!”... n’ê? “- vai ajudar a gente... vai dar uma luz...” Eu acho que a maioria vê assim.

Então, nas reuniões de equipes, que é estratégico isso, dentro da equipe, o agente comunitário trás o paciente: “- Olha, a situação é essa. O paciente está agressivo. O paciente está fechado dentro de casa. Não tem hábitos de higiene...” O médico e o enfermeiro acabam discutindo uma estratégia de abordagem e chegam... E atendem estes homens... Hoje eles são atendidos pela assistência da estratégia saúde da família. E nisso, a nossa participação do Programa de Saúde Mental é igual à participação da gestante, do adolescente, da criança, do paciente com doença. Então, não é uma coisa excepcional. É um eixo que nós precisamos...

EI: Não. Porque eu acho que identificar a gente até consegue identificar, mas que dê um suporte para perguntar o que fazer neste momento. O paciente X está com isso: e o que eu faço agora? Ou como eu poderia fazer de uma forma mais simples, logo que aqui a gente não tem tantos recursos... Então, ou o que eu não deveria estar fazendo e de repente eu fiz com essa paciente. Coisas mais simples, não por exemplo... mas que fossem coisas mais simples que a gente acaba não fazendo....

Os achados que revelaram algumas resistências e dificuldades em sua implantação foram amenizados pela ideia de que essas poderiam ser superadas, como esse gerente bem apontou:

“Então, o que acontece? Tem gente que vem com um discurso enorme: “- A gente fica aqui, e os médicos ficam batendo papo lá dentro. Estão tendo reunião, e eu quero ser atendida agora.”. Aí chega urgência, aí chega acolhimento. Então, seria a ideia que se discuta a necessidade... A ideia é boa... Mas por enquanto ainda a gente está precisando acertar algumas questões administrativas. A única questão é só administrativa”.

“Por semana, eu tenho o tempo de ele fazer matriciamento... De ele participar de um treinamento. Mas não, esse tempo está corrompido por uma situação que é herdada e ninguém ainda cortou. Não é de certo ou errado, são situações que a gente vai absorvendo e se você não conserta isso vai crescendo mais com pontos de vácuo aí. Todo o sistema está evoluindo... Continua em evolução... Essa proposta de matriciamento. O primeiro que estabelecer vai abrir precedente para os outros e não é ruim... É muito bom.”

Muitos resultados positivos quando são percebidos e relacionados ao programa de apoio, refletiram a melhoria da assistência aos usuários e minimizaram as dificuldades encontradas. Esses resultados positivos foram associados mais fortemente, ao atendimento da demanda e não a qualquer

mudança nas concepções que embasariam o processo de trabalho desenvolvido:

GI: É. Só assim... Que tem muita coisa ainda a ser feita. O que já foi feito, foi muito bom... Apontou numa direção muito boa. A partir daí precisa agora criar as condições para que os resultados não sejam empanados por agressões de não conformidade. Os resultados já estão mostrando resultados positivos. Se você for ver, todo centro tem dois lados. A Doutora (X) não conseguiu vir até esta unidade por um período até longo. **Se tivesse tido alguma orientação antes...** Anterior, prévia, quando ainda aqui era Aracati... Isso aqui já tinha explodido... **Os pacientes já estavam em situações descompensadas absurdas... Então, teve... Nós tivemos um lapso aí, mas as consequências já puderam ser sentidas na prática. Nós tivemos condições de tocar a unidade e atender os usuários.**

ER: O principal para mim é poder ver o paciente, que ele estava improdutivo, n'é? Ele estava num contexto familiar totalmente desconfigurado, e você vê aquilo se reestruturar. O paciente voltar a ter vontade de fazer as coisas. Isso, para mim...

AXI: Mas passa... Passa pelo médico, passa pela consulta. E ela também toma remédio de pressão, e essas coisas... Mas ela tem acompanhamento, tem prontuário... E ela tem estado bem... Ultimamente assim, ela está irreconhecível. Ela está ótima... Bem diferente mesmo.

ACR: Ajuda, porque, primeiro, eu me sinto melhor. Eu me sinto uma pessoa útil, independente do meu trabalho. Eu me sinto melhor, me sinto bem como pessoa. (...) Agora, evoluiu, bastante. Porque, as pessoas estão mais contentes. Antigamente, quando não tinha psiquiatra que vinha para cá, era muito difícil... Na verdade não estava se resolvendo. Algumas pessoas, que era muito raro, conseguiam uma vaga para encaminhar, conseguia e eram encaminhadas... Algumas iam à Chácara, e quando era para um lugar muito longe, não iam, porque achavam longe. Até passar na UBS, então a Dra. vinha e acompanhava...

E: Ajudou. Ajudou bastante, porque antes o paciente ficava só à espera de um encaminhamento que sabe Deus quando ia sair. E agora é diferente. Eles sabem que tem a presença de um profissional aqui. Que pelo menos uma vez ao mês, um profissional vem aqui e está ciente dos casos.

Embora, por exemplo, alguns profissionais também puderam relacionar benefícios em sua formação, na aquisição de conhecimentos e maior habilidade na condução, acolhimento e manejo de casos, essa não pareceu ter sido a regra. Uma ou outra exceção pode ser exemplificada, como a percepção desse enfermeiro:

ER: Ele me ajuda na maneira de poder entrevistar o paciente, poder conhecer, e poder eu mesmo formar alguns elementos, n'é? Tirar algumas opiniões que, até então, antes do programa, não tinha capacidade de fazer... Por exemplo... (...) Saber diferenciar... Antes eu achava que tudo era... Ai! Esqueci o nome!... Mania, n'é? Tudo era mania. Para mim, tudo era mania. O paciente, ah, é ansioso. E não, você tem um monte de coisa envolvido,

*alterações de comportamento que nem sempre são mania, nem sempre é o TOC n'ê? E isso, nas reuniões, isso foi ficando muito claro. (...) Ajuda, porque você passa a ser mais seletivo, n'ê? **Então muitas vezes o paciente que merecia atenção a mais, você acabava perdendo porque você não tinha aquele elemento para estar podendo formular.***

No caso do psiquiatra, um dos critérios possíveis de serem avaliados os resultados desse processo de trabalho seria receber encaminhamentos mais consistentes e adequados dos profissionais médicos de família. Faria parte dos objetivos do matriciamento, o estabelecimento da melhor qualificação dos encaminhamentos referenciados ao apoiador, mesmo nessa lógica. O objetivo alcançado seria o de haver mais comunicação e diálogo entre as equipes envolvidas:

*E: **Eu acho que isso foi melhorado. Lógico, também depende de cada médico. Tem médico que entende a ideia e têm os encaminhamentos todos bonitinhos e têm outros que é ao psiquiatra, zero de...** Só que aí o que eu tenho feito? Eu acho que também a gente consegue ter pressionado mais eles. No começo eu achava que tudo bem, n'ê? **Agora, eu falo: “- Não gente! Não dá mais para aceitar um encaminhamento desses ao psiquiatra. Um paciente com problema psiquiátrico, paciente com depressão. Ponto.”** Aí eles mesmos concordam e tal...*
*Aí você conhece normalmente a equipe, porque faz parte do seu... Aí você vai conversar com eles. **Pega este papel e vai conversar com eles...** (...) É. Alguns eu converso, mas tem aquele Fulano que nunca participa que eu sei que é um caso delicado. Mas, em geral, eu tenho feito o seguinte... (...) É mais parece daqueles que não participam das reuniões... Não tenho a menor dúvida. **Quer dizer, quando o programa se estabelece, quando há participação, você sente que esses encaminhamentos vão melhorando cada vez mais: Menos encaminhamentos, encaminhamentos mais adequados.***

Como se percebeu aqui, na percepção da própria psiquiatra, a perspectiva de um atendimento efetivo e adequado para as demandas em saúde mental nas unidades básicas, através do diálogo, seria vislumbrada como necessária, para se atingir alguns objetivos do programa.

Essa percepção, além do mais, encontra-se de acordo com as estimativas de que, em quase 80% dos casos, a porcentagem de usuários não trariam essencialmente a necessidade ou uma demanda específica que justificasse a necessidade de uma atenção especializada segundo a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde. Esses trabalhos estimaram em quase 80%, a porcentagem de usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental, que não trariam *a priori*, uma demanda

específica que justificasse a necessidade de uma atenção especializada (CAMPINAS, 2001).

Entretanto, um trabalho articulado entre essas instituições e o serviço especializado não seria a regra ainda. Isso aconteceria porque, tradicionalmente, na ausência até de um programa como esse, o modelo hierarquizado de atendimento à saúde produziria uma fragmentação e burocratização na forma de relacionamento entre os serviços. Nesse modelo mais tradicional, foram se estabelecendo concepções e intervenções, que, predominantemente, acarretariam uma verdadeira des-responsabilização dos vínculos, em detrimento da corresponsabilização entre profissionais e serviços de saúde, como foi revelado no protesto e desabafo do profissional.

Pode-se dizer , quando esse conceito não é incorporado ainda inteiramente pelas equipes da ESF, poderia produzir-se outro fato, além de encaminhamentos inadequados e menos consistentes, que seria a centralização da condução dos casos pelo especialista, aumentando sua sobrecarga e constituindo-se um enorme desafio:

E os pontos falhos são estes que eu estou te falando. Quer dizer, eu acho que, este trabalho sobrecarrega absurdamente o psiquiatra. Não vai ser qualquer psiquiatra que vai topa isto. No fim das contas, se você tem... Se você faz um ambulatório tradicional, você tem Xs casos novos, você atende agenda de retorno, você atende isso, vai embora e acabou. Entendeu? Você tem não esta preocupação de todo mundo que esta na tua área, ou Fulano lá que te ligou que esta lá... Quer dizer, no final das contas você esta abraçando uma responsabilidade maior, então você...

E: Eu acho que sim. Porque eles sabem que eles têm alguém, não que eles vão assumir aquele paciente. Mas eles sabem que eles vão poder contar com alguém, e que não vai ser assim, porque eu acho que antes não é que eles mandavam para o CAPS ou que eles não mandavam, e talvez mandasse para o Pronto Socorro. Eu acho que antes o que eles faziam? Eles mandavam para um ambulatório de especialidade e muitas vezes o paciente conseguia, e as vezes que não conseguia, ficava surtado e eles ficavam estressados. Agora, com o Programa, eles sabem o que? Que se aparecer um paciente desses eles podem entrar em contato comigo rapidamente que eu vou dar algum tipo de orientação e que eles não estão abandonados, n'ê? Só que isso é uma das coisas que me sobrecarrega, entendeu? Por um lado, é legal porque a gente tem essa troca, mas acaba... O que acaba fazendo? Acaba dando muito mais responsabilidade para todo mundo que este envolvido no processo. Se a pessoa quer comprar essa ideia, tudo bem, Mas tem gente que não quer, entende? Porque vai estressar mais, não tem jeito.

Por outro lado, seria justamente essa tendência que a estratégia do Apoio Matricial visaria a superar, na medida em que aproximaria essas

equipes e reforçaria o vínculo e o diálogo inclusive com o usuário, como foi observado. Portanto, essa perspectiva seria favorável e positiva, reforçada, pela percepção do psiquiatra:

*“Olha, quando funciona o compartilhamento, é bom né? Porque quando você vê que isto é quando se aplica realmente ao modelo de matriciamento, quando me ligam, quando eu tenho um bom...” assim essa questão do bom atendimento, que você conhece as pessoas, que isso é importante, você sabe quem está te ligando, né? (...) **Com certeza. Nossa! Isso é fundamental, Saber o nome do médico, o nome da enfermeira...** Quer dizer, às vezes o paciente fala “- Ah! Aquele posto é uma porcaria”. “- Não. Seu médico é o Dr. Fulano, tua enfermeira é a Fulana, e eles são bons profissionais...” E isso faz toda a diferença.*

Esse achado corroboraria, portanto, as concepções encontradas em CAMPOS e DOMITTI (2007, pág.401):

*O apoio matricial **busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio.** (...) A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador (destaque do autor).*

Essa dinâmica presta-se tanto para ordenar a relação entre os níveis hierárquicos do sistema quanto para facilitar a comunicação e integração de equipes de saúde da família e especialistas, ou mesmo entre distintas especialidades e profissões de saúde que trabalhem em um mesmo serviço, hospital ou centro de referência CAMPOS e DOMITTI (2007, p. 401).

Esse destaque também está presente na percepção do enfermeiro de uma das unidades que recebe o apoio matricial:

*ER: Tenho. Nos casos que a gente consegue **que a psiquiatra atenda e que ela manda isso para gente ela dá sempre um retorno (...) na próxima reunião, ela fala: “- aquele paciente que você mandou”, ela fala o nome, tudo direitinho...** “- Então, está assim, assim, assado, né? Estou atendendo ele agora. Ele está diferente, esta se vestindo melhor, esta se cuidando, né?”. E isso para mim é o mais importante que eu vejo é isso.*

Podem destacar-se outros impasses e desafios nas percepções analisadas que impactariam negativamente os resultados alcançados até aqui.

Segundo alguns profissionais, a percepção da população ainda não teria dado nenhum sinal de mudança, pois a acessibilidade não teria ainda sido facilitada de forma mais abrangente:

ACR: Existe um esforço... É carente, n'é? Devido a não ter uma psiquiatra aqui na UBS. É carente, mas, na medida do possível, os casos mais difíceis, n'é? Porque não pode levar todos... Tem que ser escolhidos...

A população não está satisfeita... Não. É. Isso. Por que... É muita gente a procura. São muitas pessoas necessitadas e poucas vagas. A equipe atende a medida do possível, por que... As pessoas... (...) Tem consulta. Aí é passado, que nem eu falei para o senhor, para a Doutora(X), **de acordo com a quantidade que ela pode atender e nem todos conseguem, n'é? Porque é uma/duas vezes por mês que ela vem e tem a quantidade certa.**

ACR: Não... Não... Por qué? Por causa que ainda tem muita gente que tenta passar e não consegue. **Não consegue... Aqui na unidade não consegue... Aqui na UBS não consegue ou em qualquer outro lugar.**

A questão do acesso a outros níveis de complexidade dentro do sistema de saúde é tema sempre presente e um desafio para a maioria dos profissionais, como se percebe ademais, espelhando as demandas da população, pelo atendimento especializado.

AXI: **É. A gente que está aqui de fora, a gente acha que tem que ser atendido sim, porque é difícil para eles, n'é? No caso...?! Tem muito... Eu acho difícil o atendimento de saúde mental. Assim, aqui na região... (...) Assim... O acesso. É dificultado. É dificultado.**

E: Ajuda, porque o paciente está mais satisfeito. Se eu passo na casa e o paciente me fala: “- Olha, eu preciso de um tratamento com um psiquiatra” e ele nunca teve retorno disso, ele fica mais crítico. É. Agora, ele está tendo o retorno, então ele já conversa comigo mais calmo. Ele fala: “- Olha, agora eu já passei com o psiquiatra. Às vezes a consulta demora, mas eu sei que está garantido. E eu vou fazer o tratamento.”

Os resultados da implementação da lógica do matriciamento ainda não se fizeram sentir de uma maneira mais transformadora, no sentido de renunciarem ao encaminhamento tradicional referenciado e se corresponsabilizarem pelo acompanhamento desses casos:

GH: Eu acho que o pedido primeiro é dele né? **Porque ele não sabe o que fazer, ele não tem profissional especializado para atender, e ele não entende o que é matriciamento.** Ele não entende que ninguém está pedindo que, lá na unidade eles, tratem as psicoses, mas os médicos deles estão recebendo, sim, orientação, apoio e retaguarda de uma profissional, com gabarito profissional para fazer o que faz, e **que eles podem sim atender todos os casos de ansiedade generalizada, eles podem atender todos os pacientes que estão padecendo de depressão.** Na verdade, eu acho que é muito tênue essa linhazinha de passar todos os casos para o lado da Doutora (X). Então assim: ainda é assistencial, ainda é... **Precisa de neurologista, manda lá com o neurologista... Precisa de psiquiatra, HÁ!** Então assim: eu acho que tem um ponto de interrogação enorme para se discutir a questão deste programa do matriciamento, e ou as pessoas vão assumir isso conosco, porque a Doutora (X) está indo lá...

*El: Acho que, primeiro, na orientação... Principalmente de médico e de enfermeiro. **Porque muitas vezes o agente comunitário, ele tem essa sensibilização, mas quando chega aqui, o caso é... O caso é um descaso... Se torna descaso... (...) Porque, o que eu percebo que assim, o único fluxo é: encaminhar para a psiquiatria e o paciente fica esperando... E o paciente vem aqui varias vezes, varias vezes... Aí você só tem a frase: “- Tem que esperar o médico psiquiatra chegar a sua vaga...”** Então, para gente também é uma angústia... Para o médico que muitas vezes também... Pelo menos o que eu ouço dele, que não tem capacitação para isso, então ele também não pode ir muito além, do que ele pode fazer com certeza. E para gente também que fica nesta situação também. O que a gente pode fazer?*

*El: Não. Porque eu acho que identificar a gente até consegue identificar, mas que dê um suporte para perguntar o que fazer neste momento. **O paciente X está com isso: e o que eu faço agora? Ou como eu poderia fazer de uma forma mais simples, logo que aqui a gente não tem tantos recursos... Então, ou o que eu não deveria estar fazendo e de repente eu fiz com essa paciente.** Coisas mais simples, não, por exemplo... Mas que fossem coisas mais simples que a gente acaba... Não fazendo, não podendo fazer...*

El: Porque, o que eu percebo que assim, o único fluxo é: encaminhar para a psiquiatria e o paciente fica esperando... E o paciente vem aqui varias vezes, varias vezes... Aí você só tem a frase: “- Tem que esperar o médico psiquiatra”.

Portanto, pode concluir-se que as dificuldades apresentadas nessas percepções, pelas equipes de saúde da família na abordagem das situações complexas demandadas por usuários e famílias portadoras de transtorno mental, demandariam consequentemente, em sua grande maioria, a utilização do encaminhamento especializado, ou seja, a assim chamada “medicalização” como única possibilidade. Esse fato já havia sido destacado por LUCCHESE et al. (2009).

Um subproduto dessa concepção seria a prática de uma abordagem longitudinal apenas medicamentosa e ainda mais inadequada, pois não pode ser avaliada corretamente – nem pelo especialista - por falta de uma maior capacitação dos profissionais médicos da ESF, é apontada como prática corriqueira e contrária aos objetivos propostos pelo programa:

*E outras ficam sem acompanhamento, por ser mais simples... **E alguns o doutor continua refazendo a receita e diminuindo a quantidade do remédio para não prejudicar a pessoa à medida que ela acha que é possível.** O quê que acontece? Chegam para trocar receita de medicamento controlado... A gente faz o melhor que a gente pode. No caso, a gente passa o caso para o médico. O médico vai... Só que assim, a gente procura estar encaminhando ele para psiquiatra mais próximo no caso, né? Mas assim... É... É difícil, porque demora o atendimento. Às vezes eles ficam super agitados, porque não conseguem... Às vezes a receita dele está vencida, e é aquela...*

Esse uso do medicamento, sem acompanhamento, como fato muito comum, já havia sido destacado, por BRÊDA e AUGUSTO (2001, p. 478). O medicamento “assumiria um grau de importância para essas pessoas que, em muitas vezes, superaria a necessidade de outra forma de cuidado à saúde” e vista de outra perspectiva, essa atitude seria considerada mais grave ainda quando é reproduzida profissionalmente pelos serviços de saúde.

O modelo biomédico centrado na especialidade dos saberes e multiplicado nos profissionais de saúde da ESF constitui-se enorme desafio e entrave para as práticas naquele programa, principalmente em grandes centros urbanos e já mereceu destaques anteriores nesse próprio trabalho.

O fato não seria diferente na cobertura de ações em Saúde Mental na APS, como se observa aqui, apesar da implantação de um Programa de Apoio com vistas a uma maior resolutividade e acompanhamento dessas ações por meio de uma supervisão especializada. Este viés, ao não ser superado e transformado, pode descaracterizar o programa, reduzindo-o à lógica tradicional da simples referência e contra referência, como se pode observar nessa percepção:

*ACR: Eu vou, na casa, fazer visita. Geralmente a pessoa própria reclama. Reclama, assim, quer saber como é que faz para passar no psiquiatra que esta precisando. Vamos supor que uma família se muda agora, e está precisando de um acompanhamento psiquiátrico, que veio de outro lugar, já fazia tratamento. Aí a gente passa este caso para o médico. É agendada a consulta médica. A gente leva a pessoa, orienta direitinho, horário e o dia da consulta. **A pessoa vem. Aí daí, então, fica nas mãos que o médico que resolve.***

*ACR: É porque as pessoas, elas não querem... Conversam bastante com a gente. E eles se sentem muito a vontade. O que eles passam para gente, eles tem segurança no que estão falando para a gente. **Só que eles querem o acompanhamento do médico. Eles necessitam de um acompanhamento do médico***

*.Agora, um paciente que tem um desvio de comportamento, seja ele qual for, **ele tem condutas e graus de ansiedades que fogem daquele padrão no qual você está preparado, na verdade você não tem a capacidade de atendê-lo como gostaria. Você se sente impotente e procurando uma situação de referência para poder dar continuidade.** Então, são difíceis aqueles que têm essa referência. Precisa ter uma habilidade diferenciada*

*ER: Eu penso que o programa é muito válido, muito bom, n'ê? Só que a gente precisava de mais profissionais realizando esta atividade... **Mais psiquiatras no caso, n'ê? E psicólogos também, que a rede está muita com descaso de psicólogos.** Eu não sei te dizer a porcentagem, mas uma grande porcentagem, psicoterapia resolveria o problema, n'ê? Não é caso de psiquiatria em si. **Eu***

vejo que esta necessidade do profissional de saúde mental, ainda é muito grande, principalmente aqui nesta região.

Dificuldades já verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte, seriam potencialmente mais visíveis e agravadas nas grandes cidades e metrópoles.

Fatores que dificultariam ainda mais a implantação da ESF seriam os altos níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde, os agravos de saúde característicos dos grandes centros, a oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, a predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do seu território (SOUSA e HAMANN, 2009, p. 1329).

Portanto, os desafios desse programa de apoio, não poderiam ser desvinculados daqueles já presentes na implantação da ESF que já mereceram atenção na literatura. A reflexão é reiterada, resumidamente, às questões, algumas das quais enunciadas, como a resolutividade das ações; a qualidade da atenção, a integração e a articulação com o sistema de saúde.

Não se constituiriam, porém, em desafios insuperáveis e programas de apoio à saúde mental com base em processo de matriciamento têm sido preconizados e poderiam colaborar para essa superação, na medida em que transformariam a lógica tradicional dos processos de trabalho.

A ausência de articulação e integração mais sistematizada com o resto do sistema de saúde mental local e regional, a saber, os níveis secundários e terciários de atenção, parece ser uma lacuna, presente, nas percepções dos profissionais.

Este fato não se coadunaria com os princípios de articulação e funcionamento da APS como reorganizador do sistema de saúde, e aumentaria a fragilidade do vínculo entre as equipes e o usuário e contribuindo para aumentar fragmentação do cuidado em saúde mental. De maneira mais severa ainda impactaria os pacientes mais graves que frequentemente têm necessidade de acessarem outros níveis de atenção

como os CAPS, emergências psiquiátricas e hospitais e enfermarias de internação quando apresentam crises de reagudização em seus transtornos.

A falta de integração com outros dispositivos de atenção em saúde mental em outros níveis e mesmo seu desconhecimento em alguns casos, seria a regra nas percepções da maioria dos profissionais, como exemplificado a seguir, quando indagados se conheciam outros dispositivos de atenção em nível local e em regional:

*ER: A gente enfermeiro não pode encaminhar, né? O médico que encaminha. (...) Sim. Isso. O que acontece é o seguinte: daí no Caps o paciente tem que estar indo lá. **Então muitas vezes a gente faz o encaminhamento, mas a gente não tem aquele... Como se fala? Aquele “feedback” de que o paciente realmente foi... E a maioria não vai... (...) Então você não tem muita comunicação com o Caps. Eles nunca vieram aqui. Não. Aí fica aquele negocio: a gente atende se vocês mandarem. A gente manda, mas a maior parte dos pacientes não vão... Então fica aquele negocio meio desconectado.***

*ER: **É que tem muitos que acham que vão para o Caps e que vai fazer aquele acompanhamento psiquiátrico. Só que lá, ele é avaliado, e muitos que vão fazer psicoterapia, né? Então, às vezes não é o que ele esperava que iam fazer. Mas aí tem aquela questão, né? Do ganho secundário... Muitos querem passar porque querem ter o CID, porque precisa...***

*Então assim: essa rede de apoio, digamos, de integração, o que o vejo mais? Eu vejo que acaba indo para o Campo Limpo, hoje, M'Boi...pelo menos esse é o histórico, e o Caps...mas aqui, rareados os casos. Eu não vejo que talvez seja tão... Como que eu posso dizer? Bem aproveitado. **Não tenho a contrapartida de informação sobre as expectativas dos índices de aproveitamento de recepção de pacientes, eu não tenho essa informação.***

Pode-se dizer que a fragmentação do cuidado em Saúde Mental, embora não preconizada por nenhuma política de saúde em curso, tem sido abordada por muitos autores, como consequência indesejada dos movimentos de reforma na assistência psiquiátrica no mundo inteiro. Isto ocorreu principalmente quando essas reformas, centradas nas des - hospitalizações e no deslocamento da centralidade da atenção para a atenção comunitária foram levadas a efeito sem uma adequada provisão de serviços substitutivos extras – hospitalares (LOUGON, 2006).

Assim, BANDEIRA e BARROSO (2005), também destacaram que os serviços existentes apresentariam diversas dificuldades em fornecer um atendimento completo, integrado e suficiente aos pacientes, ou seja, fornecer

um atendimento que ajudasse efetivamente os pacientes a viverem de forma satisfatória na comunidade, o que afetou diretamente as suas famílias.

Apoiando-se em Dorvil, Geller et al. e Bandeira destacou, por exemplo, a ocorrência de altas taxas de recaídas, que se constituiriam uma fonte de estresse para as famílias, ocasionando um grande número de re-hospitalizações, o conhecido fenômeno da *porta giratória*.

Rocheftort e Lesage foram os autores em que se apoiaram BANDEIRA e BARROSO (2005), para destacar outros fatores que contribuem para as recaída como:

(...) a falta de coordenação entre os setores dos serviços comunitários, a taxa muito alta de pacientes, para cada profissional, a falta de integração entre os serviços comunitário e hospitalar, o acompanhamento dos pacientes, que tem sido muito restrito e de curta duração, as diferenças ideológicas entre os membros das equipes multidisciplinares, o desconhecimento da extensão e da gravidade dos déficits dos doentes mentais por parte dos profissionais de saúde mental e a falta de continuidade do acompanhamento. (pág.35)

Lesage e Tansella também foram citados quando observaram que, seria muito mais difícil realizar uma psiquiatria comunitária que a hospitalar, pois, “seria preciso desenvolver e coordenar todos os serviços necessários para preencher as necessidades dos pacientes e suas famílias na comunidade” (p. 35)

Essa fragmentação e segmentação têm como principal consequência a ausência do devido acompanhamento necessário para a obtenção de melhores resultados das ações de saúde, ainda mais quando se pensa nas diretrizes preconizadas para a ESF, como o vínculo e a longitudinalidade que deveria acompanhar a população adscrita.

Essa situação é destacada também pela própria médica psiquiatra, seja quando precisa acessar outros níveis de atenção, seja quando percebe que usuários dessa população escapam de sua atenção, por não lhe serem notificados.

Como, por exemplo, quando precisa internar algum paciente e não tem a segurança necessária que conseguirá este intento:

Eu não gosto de internar paciente, mas tem situações extremas, que acabo tendo que mandar. Então, assim, em algumas situações eu senti um respaldo super legal, muito bom... (...) Eu sinto que quando eu mando um encaminhamento para um hospital dizendo: “- Olha, o paciente é psicótico. A

gente já tentou de tudo, não funcionou.”. Eu sinto que em Santo Amaro, parece que eles ouvem mais minha opinião. E no Campo Limpo, não sei se é coincidência de algum plantão, enfim... Eu já senti que isso não aconteceu, entendeu? Então... Aí que tá, é o que estou te falando. Essas experiências no Campo Limpo, em geral que eu pedi para internar, eles voltam...

Voltam assim: tipo, eu tenho todo... Teve um caso de uma paciente que nem era minha. Chegou aqui, e estava completamente psicótica. Não, era a minha... Ah, não lembro direito agora. Mas eu sei que assim: não tinha condições de fazer o tratamento ambulatorial. Ela não tomava remédio, a família não estava continente... Nossa! Bom, mandei a ambulância vir, fiz a cartinha, mandei para o Campo Limpo e eu falei: “- Bom, agora vamos conseguir internar”. É difícil de trazê-la aqui para a UBS, sabe? A gente fez toda uma logística aí eu falei: “- Agora, graças a Deus! Ela está lá no hospital. Está melhorzinha e vamos conseguir encaminhar para o CAPS, e bãbãbã...” E mandaram de volta. Sabe? Isso enlouquece. Enlouquece a família. Isso enlouquece a gente. Porque te quebram as pernas. Aí eu não sei como a gente conseguiu. A gente acabou conseguindo internar esta menina e depois ela foi pro CAPS, e hoje ela está uma belezinha. Entendeu?

Outro caso que destacou foi o de uma paciente reinternada inúmeras vezes, mas foi descoberta apenas de forma incidental, pois essa situação lhe era desconhecida. Sua ideia seria de uma melhor comunicação, coordenação e sistematização entre os dispositivos hospitalar, o CAPS e as equipes de saúde da família:

Mas eu falo, e porque que vocês, assistentes sociais daí, não entra em contato comigo. Manda um fax, manda um email, ou me liga e fala: Olha... ou manda uma notificação: Fulano da tua região ficou internado aqui por tal diagnóstico babababa” Porque aí o que eu faço? Eu pego isso e vou lá no posto não sei da onde e falo: “- Gente, Olha! O que aconteceu que esta paciente se internou 50 vezes aqui no hospital e a gente nunca discutiu o caso dela?”

Aí eu falei: “- Gente! O paciente já internou 14 vezes aí. Paciente X internou 14 vezes aí. Vocês vão dar alta. Tudo bem, vocês encaminham e como é que é?” “- Ah, encaminho para o CAPS.” “- Porque que vocês...? – a paciente é da minha equipe, por exemplo...” Eu fico super chateada de chegar lá no portão e ver que tem uma paciente minha... Quer dizer, não minha, mas da minha área que eu nunca vi que eu nunca atendi e que esta internada lá pela milionésima vez. Então eu falo assim: “- Gente! Porque que...? Tudo bem, vocês vão encaminhar para o Grupo de egressos do CAPS. Ótimo, eu acho que deve ter um Grupo de egressos, porque às vezes a UBS acaba não pegar este paciente em uma semana. Paciente que interna, na minha visão tem que ter visto em uma semana no máximo. O posto de saúde não vai conseguir marcar uma consulta em uma semana para essa pessoa. Então, tem que ter um Grupo de egressos no CAPS, para poder pegar estes pacientes e tudo mais.

Os CAPS, pela atual política de saúde mental do MS, seriam considerados “dispositivos estratégicos e centrais para a organização da rede de atenção em saúde mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 2).

Esse dispositivo central de atenção em saúde mental seria incorporado definitivamente, conforme já mencionado, pela portaria nº. 336 de 2002, do Gabinete do Ministro da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a), que entre algumas definições e conceitos operacionais o definiria como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”.

Outra importante publicação do Ministério da Saúde corrobora a “centralidade” deste dispositivo:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (destaque do autor) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c, p. 9).

Esse mesmo documento apresentou as principais atribuições dos CAPS:

- ✓ Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- ✓ Gerenciar os projetos terapêuticos e oferecer cuidado clínico eficiente e personalizado;
- ✓ Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. **Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;**
- ✓ **Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);**
- ✓ **Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;**
- ✓ Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- ✓ Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (pág.13) (destaque do autor)

Para MATEUS (2009), os CAPS poderiam ser considerados como “a grande aposta da política de saúde mental brasileira para a mudança do modelo de atendimento na comunidade” (p. 57).

Esta centralidade da atenção em um único dispositivo tem sido denominada de “Capscentrismo”, chamando a atenção por assemelhar-se, enquanto estratégia monopolizadora de atenção, ao chamado

“Hospitalocentrismo” do modelo anterior à Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira.

Apesar de extensa literatura favorável ao “modelo CAPS” críticas a respeito desse aspecto centralizador já se fizeram presentes em diversas publicações.

O professor Itiro Shirakawa e a Coordenadora de Saúde Mental do Estado de São Paulo, Dra. Eliana Cristina Gonçalves, em entrevista publicada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, destacaram a centralização e insuficiência desse modelo de dispositivo (CREMESP, 2007).

MORAIS et al. (2009, p. 126), em um estudo avaliativo das ações de saúde mental na Estado de São Paulo, observaram que essa centralização acarretou uma tendência a um menor investimento nas ações da atenção básica em detrimento dos CAPS.

Para esses autores tal tendência, responsável pela passagem de um “modelo hospitalocêntrico” para o “modelo capscêntrico”, não colaboraria para abolir o estigma da doença mental.

Consideraram o incentivo à implantação de equipes de apoio matricial à ESF, dado pela Portaria do Ministério da Saúde n. 154 de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b) um “passo tímido em relação à valorização das ações de saúde mental na atenção básica”, na medida em que relegaria as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os modelos tradicionais de atenção na rede básica ao segundo plano. E ainda, que:

As diversas instâncias governamentais, ao colocarem os Caps como dispositivos centrais e estratégicos na Política de Saúde Mental (...) incorrem no perigo de pôr em risco a integralidade nas ações de saúde e de levar essas ações à segmentação, dando continuidade a uma política que acaba por excluir aqueles que sofrem de transtornos mentais (MORAIS et al., 2009, p. 126) (destaque do autor)

A Supervisão Técnica do M’Boi Mirim conta com a implantação e pleno funcionamento de dois CAPS, a saber, um CAPS II Álcool e Drogas, de implantação mais antiga, e outro, um CAPS II para atendimento de adultos, de implantação mais recente e coincidente com a contratação dos médicos psiquiatras para as unidades de apoio matricial.

As percepções dos profissionais entrevistados, em sua grande maioria, já demonstraram, porém, que esses dispositivos não se apresentam cotidianamente articulados às ações de Saúde Mental desenvolvidas na região por essas equipes de profissionais da ESF.

Não existem relatos de reuniões, encontros de integração ou facilitadores e divulgação de suas ações:

P: Tá. Não conheço também. E com o CAPS. Tem o CAPS de M'Boi e o CAPS AD. Então... É... Eu não tenho, assim, uma comunicação com eles. Acho que é uma coisa que falta pra mim, entendeu?

O profissional psiquiatra de apoio discorre sobre tensões existentes e discrepâncias de avaliações quando encaminha usuários que a seu ver necessitariam de intervenções realizadas no CAPS.

A inexistência de protocolos mais objetivos de encaminhamento ou uma melhor comunicação acabaria por gerar tensões que prejudicam frequentemente os usuários encaminhados. Outro aspecto enfatizado seria a ausência de notificação de caso grave atendido pelo CAPS e que a profissional não é comunicada, fragilizando o vínculo e a continuidade de tratamento:

E: Até porque teve alguns casos que eu encaminhei que eles absorveram e foi super, né? E teve outros casos que eu achava que eles não deveriam me encaminhar que era caso precoce. Ou que eu achava que devia ficar no CAPS, e eles não absorveram. E às vezes... Não sei. Paciente chega e fala, né? O paciente tem um super vínculo com você. É umas coisas que eu acho de... De profissional que a gente devia acertar. Então o paciente tem um super vínculo com você e você não está dando conta dele. Você tem que... Você... O que eu tenho muita dificuldade é isso. Às vezes o paciente "não é pra CAPS, entre aspas. Só que o paciente está descompensando. Está com muita ideiação suicida. Está muito deprimido, angustiado. Teria que ver esse paciente toda semana. Só que eu estou por aqui de consulta. E eu às vezes me quebro. E faço isso porque acho que eu fico com medo da criatura se matar, alguma coisa assim. E aí o que eu faço? Num momento desses que eu digo: "- gente, eu não aguento mais atender esse povo, é demais", Aí eu encaminho para o CAPS, eu vejo o CAPS fala: "- o paciente não tem perfil pra CAPS". Eu fico "p" da vida com isso.

Quer dizer, o paciente é grave e é acompanhado pelo psiquiatra do CAPS e a UBS não conhece essa pessoa. Eu acho que isso não é legal. Agora, ele frequentar só o CAPS, se ele não tá legal, se está em crise, e no CAPS ele pode fazer várias atividades, tem um atendimento muito num distrito lá que ele não vai ter numa UBS de origem, então eu não vejo isso como negativo.

Os médicos de família e pelo menos uma enfermeira desconhecem totalmente o dispositivo CAPS:

DR.(R) Não. Não conheço. Minha única referência é a Doutora(X). Exato. Não conheço mais nenhum outro recurso, não.

Dr.(I): Se não melhorar, a gente pega e tenta encaminhar para um serviço mais especializado... Serviços de psiquiatria. Só que a gente não tem este respaldo, n'ê? Que a gente faz o tratamento. Não deu certo? A gente faz o encaminhamento e esse encaminhamento não chega acontecer, e quando acontece não tem o retorno, a contra-referência, n'ê? Tem apenas a referência.

Que recurso de psiquiatria eu conheço aqui, na região? Aqui, da região, eu não conheço... (...): Isso. Até hoje eu não peguei, na contra referência de pacientes que vieram... Nunca peguei, hum...

Se eu conheço o Caps da região do M'Boi Mirim?: Da região do M' Boi Mirim, não. (...) Não. A gente... Para Caps, a gente não faz. A não ser que não tenha nenhum médico na unidade, aí a gente acaba fazendo... (...) Eu não sei o nome. Porque, assim, eu sempre peço para recepção, e a recepção me passa os nomes, e aí eu vou lá e faço o encaminhamento. Mas eu não tenho nenhum vínculo...

Ações de saúde em serviços mais especializados parecem constituir-se atrás de uma barreira de acesso e as de Saúde Mental não seriam exceções.

A gerente de uma das unidades discorre sobre essa não integração ao se queixar mais dos Hospitais do que dos CAPS:

P: Eu acredito que é assim: a saúde mental é... Precisa apesar de a gente buscar essa ligação entre todos os lugares, a gente precisa ter um acesso um pouco melhor olha: acesso ao CAPS eu tenho hoje porque assim eu ligo lá e falo com o gerente, mas hoje, por exemplo, o hospital, acho que tem que estar interligado isso, mesmo porque é diferente eu ligar no hospital pra falar com uma pessoa e ligar pra falar com o Dr.fulano. Entendeu? Eu acho que assim, enquanto gerente isso precisa ser melhorado. Uma integração melhor com outros dispositivos de atenção (...). Exatamente, eu acho que isso precisa.

Os agentes comunitários de saúde discorrem um pouco na mesma linha, ou seja, um conhecimento mais distanciado e menos integrado de maneira mais sistematizado em suas práticas cotidianas:

AXI: Então, Caps tem um aqui no Ângela que a gente encaminha pessoas que... (...) A gente orienta a pessoa estar procurando lá. Pessoas que usam drogas... Álcool. (...) Como é que se encaminha alguém para lá? Não, a gente conversa. A gente fala: "- Olha, você conhece este lugar e tal?". Porque assim, como eu tive um parente que também, n'ê? Preciso deste atendimento, então, eu conheço lá. Inclusive participei de algumas palestras lá, n'ê? Então, a gente procura estar encaminhando o paciente para estar procurando um atendimento

*lá. Mas assim... A gente não faz o encaminhamento diretamente para lá. Não fazemos o encaminhamento formal (...). Isso. **Conversa e diz: “- Olha tal lugar... tal endereço... Procura lá. Lá você vai ser ajudado...” Este tipo de coisa. (...) não acompanhamos mais esse paciente (...). Foi para lá e já não sabe mais...** Não, até que a gente... Às vezes a gente até encontra. Um caso ou outro, assim... **Acabamos encontrando... Na... Visita. A gente faz a visita... A visita domiciliar.***

*ACR: **Não consegue... Aqui na unidade não consegue (...). Aqui na UBS não consegue ou em qualquer outro lugar. Nem em outro lugar... Eu não conheço outro serviço de saúde mental aqui na região do M’Boi (...).Não. Eu só sei que tem no Herculano, na UBS do Herculano, porque a Dra.(X) é de lá... Isso, e que mais? Onde mais? Não conheço.***

Pode-se concluir, nesse tópico, que a unidade de apoio matricial da UBS Jardim Herculano tenha assumido muitas das funções preconizadas para os CAPS da região da Supervisão Técnica do M’Boi Mirim, no tocante à responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território e dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, pelo menos para essas equipes da ESF.

Para fechar esse capítulo serão apresentadas algumas percepções complementares às já apresentadas, em que os profissionais foram solicitados a opinar sobre o programa, seus pontos positivos e negativos e como esse poderia ser melhorado.

Todos os profissionais participantes enalteceram alguns pontos que consideraram muito positivos. Esse enfermeiro, embora reconhecesse a necessidade do encaminhamento para o especialista, enalteceu o fortalecimento do vínculo, sintonizado, portanto com as diretrizes da ESF:

*ER: O ponto positivo é você poder encaminhar o paciente, n’ê? E esse paciente, ele faz o acompanhamento... (...) **Com a psiquiatra. E fazer acompanhamento com a psiquiatra, mas ele não deixa de ser acompanhado aqui. Este é o ponto positivo. Você tem esses dois vínculos n’ê?** Até chegar aquele momento que a psiquiatra fala: “Olha, agora ele pode ser acompanhado só na unidade”. Então a equipe tem como manejar isso. Isso é um ponto positivo. Você não perde...*

Esses outros profissionais ampliaram a natureza do vínculo e a potencialidade do trabalho com as famílias e dos profissionais, como os ACS, em seu trabalho de acompanhamento dessas, denominado “longitudinalidade” que seria definido como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” (STARFIELD, 2002,

p. 247). Esse conceito estaria mais de acordo com uma imagem-espelho do que seria o tipo de atenção à Saúde Mental:

El: Porque, ele está muito... Tem um vínculo maior com a família, então ele sabe... Muitas vezes ele está ali do lado, então ele sabe às vezes a história... Muitos anos de serviço... Então ele sabe o problema da mãe... Do filho, e às vezes quando chega ao seu consultório, a gente diz: “- Olha, Fulano apresentou tal queixa. Não está estranho?”. E ele diz: “- Não. Mas é porque ele tem isso e isso e a família já disse isso.”. Então, essa é a importância. Então, você consegue... É o principal, para avaliar a saúde mental aqui, porque você tem como conseguir o resto... Que é a família. Não dá para trabalhar só o indivíduo.

(...) Então, a gente não trabalha o indivíduo sozinho que vem no consultório... Então, a gente conhece o pai, a mãe e o filho. Então, a gente tem mais capacidade de estar lidando com estes problemas. Então, eu acho que é uma grande evolução, da gente chegar neste ponto de inclusive trabalhar a saúde mental com a família... Não só com o indivíduo sozinho. Porque eu acho mesmo que tem que trabalhar com a família, porque o indivíduo não está sozinho. É o nosso princípio aqui que a gente trabalha, porque quando a gente pega a pessoa, a gente chama... Por isso que o agente comunitário está na saúde aqui, porque, ele sabe qual o problema... Às vezes é o filho, mas a gente tem o problema da mãe e do pai e que acaba se contornando e se explicando o tal fato.

AXI: Olha, eu conheço, da minha área mesmo. Tem o Ubirajara que é um paciente super difícil, inclusive ele tentou se inscrever como ACS, não conseguiu; tentou ser conselheiro gestor e também não conseguiu. Mas assim, é um paciente bem complicado. (...) Já foi internado. Ele usa vários tipos de medicamentos, n'ê? Ele tem sido atendido aqui. Ele passa em consulta com o Dr. (X). Ele está sendo bem acompanhado. Às vezes não precisa de psiquiatra. Pode ser acompanhado... Isso. Pode ser acompanhado aqui. Às vezes vai para um psiquiatra, mas depois volta e continua... Volta e continua o tratamento aqui com a gente.

Essa profissional enfermeira discorre sobre as potencialidades de se ampliarem as pautas normativas já discutidas anteriormente quanto à ampliação das ações para além dos programas prioritários:

El: Eu acho que, assim... É uma evolução do Programa Saúde da Família. A gente abriu os olhos para ver que não existe somente a gestante, o hipertenso, o diabético. Isso era ontem, o Programa Saúde da Família acho que como uma medida de emergência... Se focou nisso... Ajudou muito nos índices de mortalidade, de saúde pública. Ajudou muito nestes índices, só que eu acho que agora a gente tem que começar a pensar um pouco mais para frente, uma vez que a gente tem o programa na mão, a gente consegue identificar outros problemas na população, porque nós trabalhamos com famílias.

A médica psiquiatra traz em suas percepções positivas sobre o programa, o resultado e o reforço do processo de trabalho matricial, enfatizando os objetivos do compartilhamento e corresponsabilização do

cuidado com as equipes da ESF, a integração e a motivação para a continuidade do programa:

Tinha outra lá também, que tinha uma Hanseníase, em outra UBS, psicótica, mil cruzeiros, morava no barraco, família não entravam no barraco, os filhos estavam abandonados, uma situação horrível também. Aí a equipe trouxe, por quê? “-(X), ela não toma a medicação da Hanseníase, a gente tá preocupado, tananá” Então a gente começou a atender lá na UBS, porque ela tinha um vínculo com uma pessoa da UBS, e aí, eu indo lá, ela foi me conhecendo e se vinculando. Hoje, ela está aqui, fazendo tratamento, está bem, e ela trouxe já uma irmã que também tem problema. Então assim, eu acho que se a gente não tivesse este trabalho, alguns desses pacientes muito complicados, a gente não conseguiria...

E: Eu acho que sim, como eu estou falando para você. É... A minha ideia é de que eu só tivesse paciente grave aqui no ambulatório, Por quê? Isto está significando o seguinte: as equipes estão conseguindo resolver os casos leves. Então, e lógico! O paciente sai do surto e o CAPS manda para cá. Então, vai acabar ficando comigo mesma. Mas assim: eu sinto que a gente consegue fazer... Eu não sei o quanto está escapando, entende? Eu não sei o quanto a gente está sendo abrangendo, porque o que está lá e eu nunca vi, eu não sei.

Se a gente discutir este caso, não estoura na mão de ninguém. “O paciente fica bem, todo mundo fica tranquilo”. Então eu acho que, com certeza, acho que ele... O que eu fico preocupada só, é que assim: eu acho que este programa funcionando legal, a gente vai conseguir ajudar muito mais pacientes graves que estão às vezes trancafiados no fundo da casa...

E: Então... Eu acho que os pontos positivos são esses, n’ê? De que você entra em contato mais com as equipes. Quer dizer, o paciente não é “PQ”, não é do psiquiatra, é um paciente da nossa região que está acompanhando lá. Então a ideia é de que a equipe se aproprie do paciente, de que tem esse trabalho conjunto. Quer dizer, ele chega lá mal, e a equipe sabe o que ele tem, dá o medicamento, a gente reagenda uma consulta. Então eu acho que essa troca eu acho que é um dos pontos mais positivos assim. E daí que a gente...

Quando solicitados a discorrerem sobre o que poderia melhorar o programa, grande parte dos profissionais reforçou a ampliação da equipe matricial, o aumento da frequência de reuniões, a interação alcançada. Também se perceberia aqui a sobreposição com o aumento da capacidade de resolutividade para ações de saúde mental na unidade de saúde:

GH: Eu acho que não foi à toa que se criou dentro desta proposta de matriciamento, que equipes de PSF, médicos de PSF poderia conduzir com tranquilidade. Muito bem pensado, estruturalmente está perfeito, mas falta mais gente. Outros profissionais que possam ser como a Dr^a. (X) para estruturar este programa, porque está faltando gente mesmo é recursos humanos. Porque que eu estou falando do pessoal do PSF, do médico do PSF? Poxa! É bárbaro...

ER: Eu penso que o programa é muito válido, muito bom, né? Só que a gente precisava de mais profissionais realizando esta atividade... Mais psiquiatras no caso, né? E psicólogos também, que a rede esta muito com descaso de psicólogos. Eu não sei te dizer a porcentagem, mas uma grande porcentagem, psicoterapia resolveria o problema, né? Não é caso de psiquiatria em si. Eu vejo que esta necessidade do profissional de saúde mental, ainda é muito grande, principalmente aqui nesta região.

GH: de atendimento Eu acho que você alcança um número melhor de pessoas cuja expectativa, né? De tratamento, demoraria bem mais a medida que você amplia o leque, que quase você não tem profissionais aí, psiquiatras propriamente, você repassa, digamos assim, você compartilha com os médicos de PSF. Essa é a finalidade. Então eu acho que essa é uma das grandes vantagens deste processo.

DR.R. Interagindo com a Doutora (...)... Nas reuniões, né? Eu acho que é importante... Não. De forma alguma. Eu acho que existe a necessidade dele ser ampliado, em termos de disponibilidade de assessoria especializada mais a mão. Porque só faz uma vez por mês... (...) o apoio... Sem dúvida. Ajudou de uma forma maravilhosa, primeiro em caso de remédio controlado. Primeiro me dando um respaldo de alívio, pois tenho um respaldo especializado.

O respaldo e a supervisão permitiriam, para essa gerente, a inclusão e a ampliação do leque de algumas ações de promoção de saúde para usuários com transtorno mental enfrentando estigmas e preconceitos:

GH: Exatamente... Então assim: fosse abaixando essa bola. Foi em uma reunião de matriciamento que eu achei bárbaro. Foi uma... Neste programa de caminhada, eles estão falando nesta questão do controle do peso, acabam engordando em função da própria medicação do paciente, né? Acaba engordando um bocadinho e tudo mais. A própria Dr^a.(x) colocou isso e aí já chegou um médico ali que pegou, falou... O agente comunitário falou... Falou-se, se caracterizou ali uma coisa que eu achei bárbaro... É o seguinte: o paciente... Os pacientes vão ser inseridos no programa de caminhada, né? E o paciente psiquiátrico esta lá dentro também, assim como o cara lá que esta com diabetes e o outro que esta com a pressão arterial sendo cuidada aqui por nós. Nós somos todos... Somos "cuidadores" aqui. A ata é cuidador de pacientes com diabetes assim como de pacientes psiquiátricos. Então assim: desmistificar, né? Quebrar um pouquinho estes paradigmas... Quebrar delicadamente estes estigmas. Porque, estas pessoas... Elas vêm de uma conduta... Não é do dia para a noite. Então vão mudar a mente.

Alguns profissionais realçaram a melhora da acessibilidade ao nível da especialidade, ampliando o repertório de ações da ESF, como um benefício ainda a ser alcançado e que o programa acabaria suscitando, quando relataram o que precisaria ser melhorado. Aqui a tônica parece enfatizar novamente a satisfação de demandas espontâneas da população, confundindo-se com as mesmas, sem reflexão e de forma mais acrítica em seus papéis de profissionais da saúde:

ACR: Não. Era difícil, porque as pessoas passavam para gente, e a gente não sabia o que fazer e a pessoa ficava nervosa, se alterava. Porque queria um acompanhamento e não tinha. Então, era difícil a comunicação.

ER: Penso que o paciente tem de ser acolhido, n'ê? O que a gente consegue fazer este acolhimento dele aqui, no primeiro momento. Só que chega na questão de encaminhar, o psiquiatra, e até mesmo o psicólogo, a gente não tem essa referência para poder comportar este número de pacientes. Então acaba ficando muito tempo o paciente esperando... O quadro dele sendo agravado. (...) Uma consulta, com um especialista... (...) **Sim, mas o que acontece é que a equipe não tem o subsídio para poder, por exemplo, o médico, pelo menos aqui, eu percebo, no PSF não tem o subsídio para medicar... Usar medicação...** Estou dizendo que esta demanda, a meu rigor, ela não está sendo atendida satisfatoriamente, nesta unidade, que ainda falta bastante coisa. (...) É. Isso.

ACR: Ah, eu acho que falta um médico em cada UBS, era bom. **Psiquiatra. Eu acho. Ah, eu acho, doutor. Porque é muito carente.** Tem muita gente que vai para o outro bairro, aqui do Alto do Riviera, e assim, sucessivamente, n'ê? Se tivesse mais na UBS, perto do bairro que a pessoa mora, para se locomover era melhor, para ser acompanhada seria melhor. **Se a pessoa não aceitasse vim para a UBS, o médico, o enfermeiro iria à casa da pessoa, n'ê? Acompanhar.** Às vezes tem acamado também que precisa. Então, isso iria facilitar muito. Precisava. É muito carente. É. Mas não é a mesma coisa. **Porque um especialista já compreende melhor, já dialoga melhor, sabe fazer com que a pessoa se comunique, se solte, sabe entender aquele problema que a pessoa tem, n'ê? É um médico que é formado naquilo. Tem diferença.**

ACR: Ajuda, porque, primeiro, eu me sinto melhor. Eu me sinto uma pessoa útil, independente do meu trabalho. Eu me sinto melhor, me sinto bem como pessoa (...). Antigamente, quando não tinha psiquiatra vinha para cá, era muito difícil... **Na verdade não estava se resolvendo. Algumas pessoas, que era muito raro, conseguiam uma vaga para encaminhar, conseguia e eram encaminhadas... Algumas iam à Chácara, e quando era para um lugar muito longe, não iam, porque achavam longe. Até passar na UBS, a Dra. vinha e acompanhava...** Agora, evoluiu, bastante. Porque, as pessoas estão mais contentes. Ajuda. Ah, por causa que, independente da profissão... É não sei... É uma coisa do meu coração. Eu gosto de ajudar a pessoa. Consigo. Isso.

AXI: Então. Eu acredito que se acontecesse mais vezes, no caso, n'ê? Mais vezes a presença da doutora para atender esses pacientes, eu acho que melhoraria bastante. (...) para atender estes pacientes... É que assim, fica complicado para gente por quê? Por exemplo, o meu médico, Dr. Luis... Ele, assim... Ele não gosta de trocar, por exemplo, receituário azul sem conhecer o paciente. E aí tem que estar agendando consulta... **Então, é meio difícil, n'ê? Porque ele não é um especialista, n'ê? E fica chato. Então, sendo a pessoa sendo psiquiatra mesmo é o certo, n'ê? Eu acho que melhoraria bastante... A presença mais vezes...** (...) Ahn, o que eu te falei a pouco, n'ê? Assim... Eu acho que o atendimento deveria... É... **Para melhorar mesmo, para ficar uma coisa mais... Deveria realmente ter um especialista na unidade. (...) Na própria unidade. Essa é a minha opinião. Eu acho que melhoraria bastante.**

Essa gerente discorre sobre a questão de maiores recursos e a necessidade de uma maior atenção à Saúde Mental como prioridade que não seria privilegiada :

GH: *Você não vai ter, porque existem outros compromissos que vão se adicionando junto a esse também. Ainda não é dada a importância que eu entendo necessária para esse programa deslancar. Se quem está em cima... Se a Secretaria, enfim, quem estiver em cima der a importância, colocar este como um programa como é hoje, mãe paulistana, como é hoje, o remédio em casa, eu te asseguro que as pessoas vão de uma maneira enviesada, mas vão acordar para isso. O que eu preciso..., que elas acordem*

(...). Não. E ao mesmo tempo eu te falo, eu estou vendo um mundo cada vez mais enlouquecido que não tem contrapartida na verdade... Está crescendo, crescendo, crescendo, e não esta crescendo do lado da assistência né? A saúde mental propriamente é isso.

Para encerrar esse capítulo foi escolhido um caso – síntese que poderia ilustrar um atendimento prestado e que pudesse trazer e abarcar alguns conceitos que foram trazidos pelas percepções dos profissionais entrevistados e analisados à luz das reflexões teóricas suscitadas no autor:

ACR: *Minha vizinha. É. Já tem uns três... Acho que uns dois ou três anos quase ela esta deste jeito. Então, ela nunca aceitava. A gente conversava, ela xingava. Ela ficava irreconhecível, mudava de comportamento de uma hora para outra. Passou a conversar sozinha, a quebrar as coisas dentro de casa, a xingar os vizinhos que dizia que estavam brigando com ela... Ouvir vozes. Então, ela tinha esse comportamento alternativo. Tinha dias que ela estava bem, mas a maioria das vezes ela tava ruim. Então, durante a madrugada, ela ficava conversando, xingando, mandando alguém sair da casa dela, sendo que só mora ela e o filho. E isso eu acompanhei, porque eu sou vizinha, eu ouvia. Então, quando as pessoas passavam, ela jogava água. Não era para passar na frente da casa dela, porque ela jogava que a pessoa fazia macumba. Enfim, essas coisas. Então, a família chorava muito, se preocupava muito, e era de partir o coração, porque era uma pessoa trabalhadora, uma vizinha boa, educada, muito esforçada. E de repente, da água para o vinho, mudou, se transformou, n'ê? Passamos este caso para o médico. Ela não aceitou, falou que era boa, que era normal, que não tinha problema nenhum. Aí as filhas dela acompanharam, vieram com ela até aqui. As filhas dela passaram chorando também, porque é lamentável você ver uma pessoa normal, e de repente a pessoa não é mais... Você vê que a pessoa é carente e que esta necessitando de uma ajuda profissional, n'ê? E porque muito das pessoas, às vezes, me vê na rua, e diz: "- Aquela dali ficou doida" ou: "-Aquela dali esta fingindo ficar doida". Mas não é. São pessoas que precisa de um acompanhamento, que precisa de uma ajuda, de alguém que compreenda, entenda e ajude, mesmo que não resolver, n'ê? Então, isso foi passado, ela veio em consulta. Só que quando foi marcado com a Dra.(X), ela não veio. A Dr^a. (x) marcou para ir para a UBS do Herculano, acho que umas 4 vezes e ela não foi, porque ela dizia que não ia porque ela era normal e não precisava de consulta nenhuma, que ela não era doida. Enfim. Então, o caso foi se agravando, n'ê? Foi se agravando, foi se agravando. A filha, dentro de casa, pegou um espelho e tentou se matar por causa disso. Ela chegou a tomar chumbinho, assim, a hora que ficou deste jeito, ouvindo vozes. Chamamos a SAMU. A SAMU levou. Ela ficou internada no Hospital Campo Limpo, e depois encaminharam ela para o Hospital lá do centro. Ela ficou acho que quatro meses internada. Voltou, tomando a medicação direitinho. Passou a ficar passando com a Dra. (X) E esta tomando o remédio, medicação direitinho agora. Ela esta melhor. Ela*

esta mais comunicativa. Ela esta meio atordoada ainda. Ela não esta bem, mas ela já conversa, ela já aceitou que ela precisa estar tomando aqueles remédios. Ela toma os remédios direitinho agora. A família dela esta melhor, esta mais em paz. Os vizinhos também melhoraram, porque estava numa situação muito difícil, n'ê? Conviver com aquele clima todo dia, aquela briga todo o dia, n'ê? Então, hoje eu vejo ela, ela esta melhor, ela esta... Acho que um caso como o dela, eu considero muito sério, n'ê? Eu não sou profissional psiquiatra, mas por eu ver a saúde dela mental afetada, eu vi que necessitava de um acompanhamento. Foi a SAMU que levou. Levou em camisa de força porque ela estava muito agressiva, n'ê? A família dela ficou visitando ela no Hospital. E agora eles estão bem. Ela passou agora, há pouco tempo, com a Dr^a. (x) aqui na UBS, esta sendo acompanhada... Junto com o médico também, n'ê... Junto com o enfermeiro, porque geralmente ele que é o responsável, n'ê? É passado para o médico e para ele, mas ele que... Quando a Dr^a. (x) marca aqui, aí ela vem aqui. Quando ela demora a vir aqui, ela é encaminhada para poder passar no Herculano. (...) Ajudou bastante.

Esse “caso-síntese”, trazido pelo ACS, ilustra alguns elementos que foram discutidos nesse tópico que, entre outros, seriam destacados inicialmente a percepção da gravidade da situação da usuária e a falta de conhecimento e treinamento de habilidades da equipe da ESF em evitar a eclosão da crise mais aguda.

A falta de prontidão ou de disponibilidade para uma abordagem mais intensiva ou mesmo de apoio à família expôs de forma muito contundente a sobrecarga emocional sobre os outros membros da família, ocasionando problemas que poderiam ter sido amenizados. A intervenção, no relato da ACS, só se teria iniciado de maneira mais sistematizada com a chegada e com a contribuição do psiquiatra de apoio, que inicialmente também se mostrou ineficaz.

Com a eclosão e o surto de uma crise mais grave, verificou – se a inevitável necessidade de seu encaminhamento, mediado por um serviço de emergência psiquiátrica, para um nível terciário de atenção, a hospitalização integral, em regime fechado.

O desfecho pareceu favorável, no momento, pois a usuária, após alta hospitalar, mantém-se em casa e sendo acompanhada agora – mais de perto - pelo enfermeiro da ESF, a própria ACS e a médica psiquiatra do apoio.

Apesar de todo o episódio de sofrimento apresentado pela usuária e seus familiares, na ausência até então de ações de saúde, entendidas aqui de forma até mais ampla do que a intervenção biomédica na crise, percebe-se

todo um potencial de ações mais favoráveis que podem ser vislumbradas e desenvolvidas a partir dos vínculos criados pela equipe de Saúde da Família, usuária e familiares e a médica psiquiatra de apoio.

6.2.2.3 Eixo III: A Perspectiva dos Usuários e familiares.

Integrar a investigação das percepções dos usuários assistidos pelo programa de apoio à saúde mental no âmbito da ESF foi considerado pela pertinência de agregar-se outra perspectiva ao campo de investigação. Essa seria a possibilidade de se apreender outras fontes de evidências e poder triangulá-las com os outros achados, com vista ao enriquecimento das formulações tecno-assistenciais e mesmo analisar seu alcance e legitimação no campo social.

A composição do grupo, que foi selecionada de forma a compor uma amostra homogênea, consistiu de usuários que estão sendo assistidos e acompanhados, a partir da introdução do programa, pelo médico psiquiatra da unidade de apoio. A escolha, em conjunto com o médico psiquiatra, foi realizada a partir de dados de prontuário e atenderam aos critérios de inclusão: idade superior a dezoito anos: estar fora de período crítico do transtorno mental; estar em tratamento por pelo menos há mais de três anos, contínuos ou não, e que preferencialmente já tivessem recebido atendimento em outros dispositivos de atenção em saúde como outros ambulatorios, hospitais e CAPS.

Foram convidados 06 usuários por telefone e 03 pessoalmente, por agentes comunitários de saúde e/ou pelo próprio pesquisador. Compareceram 07 usuários, sendo 02 sozinhos e 05 acompanhados por familiares. O grupo contou ainda com um coordenador e mais dois observadores. Todos os usuários foram alertados sobre o caráter voluntário de sua participação, garantia de sigilo de seus comentários e de que sua

participação no grupo de discussão não traria qualquer prejuízo ao tratamento realizado na unidade, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no Anexo 6.

Uma descrição sucinta do grupo apresenta 03 usuários do sexo masculino, 04 do sexo feminino e compondo faixa etária compreendida entre 19 a 45 anos. Somente dois eram casados no momento e viviam com seus companheiros. Cinco usuários estavam solteiros, em outros arranjos familiares, compreendendo pai e/ou mãe e/ou irmãos. Nenhum usuário possuía uma ocupação formal no mercado de trabalho e 06 recebiam benefícios da Previdência Social.

Todos os usuários apresentavam transtornos mentais considerados graves e persistentes há pelo menos mais de 4 anos e, pelo menos 1 há mais de 20 anos. Seis já haviam apresentado internações psiquiátricas, sendo que cinco, com internações recorrentes.

A discussão em grupo foi realizada na própria unidade de saúde em que são atendidos, com a duração de 90 minutos, por conta da dificuldade de se dispor de outras instalações “mais neutras”. Este fato, em si mesmo um limite de caráter metodológico, foi agravado pelas condições do local em que o barulho impediu melhor audição do registro gravado em fita cassete.

Da transcrição e da escuta flutuante emergiram, mesmo assim, duas categorias principais para análise: a “Percepção da Assistência” e a “Percepção do Estigma”.

6.2.2.3.1 A Percepção da Assistência.

Os relatos sobre a percepção da assistência por parte dos usuários foram estimulados a partir de enunciados do coordenador que solicitou que apresentassem opiniões, relatos e as experiências sobre o tipo de assistência que já haviam recebido.

O usuário, mais velho e com maior tempo de duração do transtorno iniciou os relatos sobre sua primeira internação hospitalar em regime fechado:

“Eu sou o (X) né? Comecei o tratamento médico em 82 eu tinha problemas mentais, acabei chegando aqui no ano de 82(...) eu distorcia algumas coisas com relação a várias coisas com relação a sexo (...) muito confuso e também achava que as pessoas podiam me matar, passei varias internações (...) **a minha primeira internação foi em 82.** foi no (HSP) com a doutora F., aí eu fiz o tratamento e (...) **só que eu não consegui fazer o tratamento certo porque naquela época era bem difícil. O único tratamento certo que fiz foi no (HSP)** (...) aí depois eu fui encaminhado para as unidades né? aí eu passei para a unidade do Jardim Alfredo, perdão do Jardim Herculano e lá é que eu consegui uma melhora ha dez anos atrás, a doutora (AL), que me tratou, ela conseguiu acertar o problema conseguiu acertar a medicação e desde lá então a nunca mais tive, assim uma recaída (...) a minha a última internação foi em 2001...”

Esse relato chama atenção quanto às dificuldades de acesso ao tratamento para portadores de transtornos mais graves que acabavam recebendo uma primeira intervenção somente em regime de internação hospitalar, como consequência de uma crise aguda.

Na década de 80 o modelo assistencial era ainda predominantemente centrado no regime hospitalar fechado, o chamado “Modelo Hospitalocêntrico”.

Experiências comunitárias e ambulatoriais pontuais iniciavam sua expansão, dando inicio às mudanças do modelo assistencial já como consequência da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira que começava a permear os movimentos sociais, acompanhando os movimentos em favor da Reforma Sanitária.

A alternativa assistencial de então seria representada, para esses casos mais graves, unicamente pelas instituições hospitalares fechadas que estavam submetidas às duras críticas.

Embora hoje já não se constitua como uma única alternativa assistencial, passados quase trinta anos de mudanças na política de saúde, sua presença no imaginário e na memória desses usuários se faz notar.

“Sempre ouvi falar muito mal dos hospitais não é? Sim, sempre ouvir falar isso... Por isso nunca quis internar ela... Sempre ouvir falar isso...”

“Fui internado várias vezes... Eu fui internado seis vezes... Internado na (ÁF)”

Internações recentes foram relatadas. Algumas delas foram exclusivamente percebidas como experiências danosas e não terapêuticas:

“Me prenderam e quase arrancaram meu braço...É normal, isso é normal? Um enfermeiro quase arrancou meu braço”.

“Eu fiquei um mês e não sai de lá bem não, depois fiquei internado lá em São José e os familiares não podem interferir, a internação no (JD) a internação lá não foi boa, o hospital foi péssimo, o enfermeiros só queriam bater nos pacientes... isto é normal”.

Críticas como essas, hoje mais pontuais, sempre marcaram os tratamentos realizados em hospitais psiquiátricos e foram especialmente repercutidas e amplificadas de modo universal, no cenário das décadas de 1960 e 1970. Denunciaram o caráter desumano, ineficiente e de asilamento crônico das instituições fechadas de tratamento. Chegando ao Brasil nos anos 1970, essas ideias foram captadas e capitalizadas pelos movimentos sociais em prol de modificações que organizaram a Reforma Psiquiátrica atual, reproduzindo o que já havia ocorrido em outros países.

Alguns usuários trouxeram algumas experiências em que são denunciados maus tratos, violências e violações aos Direitos Humanos:

“ele falava que **os pacientes faziam as necessidades dentro do quarto, eles batiam nos pacientes, eles ficavam presos...** que nem ele ficou no...”

“(...) **teve um que se matou no chuveiro...** com cadarço de sapato um paciente tinha se enforcado no chuveiro com o cordão do sapato, **porque antes ele tinha apanhado do enfermeiro, primeiro tinham amarrado ele depois o soltaram e ele saiu pelado, aí bateram nele de novo aí bateram nele** depois soltaram ele aí ele ficou quieto, aí depois de uma hora ele entrou num banheiro com um cadarço do sapato **amarrou no cano do chuveiro e se matou... eu estava lá e vi**”

“na minha internação lá tinha um coreano e muito violento ele não falava português falava um pouco de inglês o e a língua nativa dele aí como ele batia muito em todos, **aí pegaram ele e levaram para um quarto que a gente já conhecia e bateram muito na mão dele até ficar roxo aí a mão dele ficou roxa** e ele não tinha mais condições de bater em ninguém... além do que eu presenciei várias vezes, tinha um rapaz que ele era... achava que era Jesus Cristo ele fazia muito barulho na hora do café **aí um enfermeiro nervoso veio correndo numa distância assim de 10 m e acertou um soco bem direto no olho dele, ali ele caiu no chão e depois se levantou.**

Esses relatos, ainda surpreendentes e atuais, contrastam com as modificações em curso há pelo menos duas décadas de Reforma no Brasil.

Uma hipótese investigativa poderia surgir talvez do fato de que o processo de mudança não tenha dispensado atenção necessária e suficiente

para melhorias possíveis e intervenções no interior dessas instituições. Um forte caráter ideológico “antimanicomial” condenou qualquer tentativa nesse sentido, ao condená-las simplesmente ao seu desaparecimento. Políticas de restrições no setor impediriam qualquer modificação mais efetiva. Críticas, porém a essa “condenação generalizante” tem sido realizadas. Apontariam para um limite social e dificuldades de acesso aos tratamentos comunitários insuficientes e manejo terapêutico efetivo que pudesse prescindir totalmente de internações pontuais.

Entretanto, depoimentos como esses vão ao encontro de fatos que se tornaram públicos e que ganharam repercussão nacional e internacional recentemente.

Um dos mais famosos exemplos foi a repercussão alcançada e amplamente divulgada na imprensa pela morte de Damião Ximenes, um jovem paciente internado em decorrência de tortura e maus tratos na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, no Ceará, em outubro de 1999.

Familiares da vítima e o Centro de Justiça Global foram os peticionários do caso junto à Organização dos Estados Americanos que, em outubro de 2002 decidiu admitir a denúncia e em 2006 condenou o Brasil a pagar US\$ 140 mil à família de Damião. Foi a primeira vez que o Brasil foi condenado pela corte.

A decisão se baseou no descumprimento de dispositivos da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, de 1969 (CIDH, 2006).

No Brasil, a Justiça condenou a seis anos de prisão em sentença proferida, somente em 01 de Julho de 2009, os seis acusados pela morte de Damião Ximenes. Foram condenados a cumprir a pena em regime semi-aberto: o proprietário; os 03 auxiliares de enfermagem; a enfermeira chefe e o médico de plantão.

Outro usuário agrega sua experiência de pavor e necessidade de sobreviver nesse ambiente hostil:

“Nessas internações eu tinha medo. Por quê? Eu tinha a confiança na internação porque lá eu me sentia seguro contra o mundo lá fora... Só que lá dentro eu tinha que tomar cuidado... Aí muitas vezes, eu tinha que burlar a ordem dos médicos no sentido de não tomar a medicação toda,

para mim poder ficar lúcido, para não acontecer nada comigo inclusive teve uma pessoa **que morreu queimada lá tocaram fogo lá onde ele estava** um belo onde ele estava e a pessoa morreu queimada, então é muito triste eu vi muitas coisas as pessoas não tem como saber o que acontece lá dentro. Só nós, quem está mais lúcido... Não são todos... Tem uns que não tem mínima condição também...”

“eu ouvi falar a minha vizinha falou que onde estava criava até bicho quando tava internada... aí ela teve que fugir... ah minha filha nunca vai ser internada... eu não queria que ela fosse internada ela vai ficar em casa,... preferia ficar em casa”.

Mas nem todos, no entanto, relataram experiências de violência sucedidas dentro de hospitais psiquiátricos. Foram apresentadas também experiências satisfatórias e com desfechos favoráveis. Outros discorreram sobre o controle exercido dentro dessas instituições:

“não vi... nada do que eles contaram... eu acho que o melhor lugar que eu fui internada foi no (HNC). **Lá eles não judiam de ninguém, não batem em ninguém entendeu?”**

O H(Y) é bom... Tratavam muito bem... Ultimamente agora no H(Z) que ela foi... Bom também... Lá também a gente ia visitar perfeitamente... a gente ia visitar...

“(...) é ruim, toda internação é ruim... **ah porque não pode tomar banho direito, tem que tomar banho correndo... tudo é corrido...** porque não podia tomar banho direito... **mas ninguém me maltratava** (...) não. não acho que era só os homens, o H(X) é péssimo, a gente fica analisando e o **H(X) é mais um depósito de pessoas que tá doentes...**”

“O H(Z) não é que eu estou falando que é um hospital ruim, não é... Entendeu, porque que eu estava com crise e eu não queria ser amarrada e a segurança amarrou a minha mão, entendeu...

“para mim foi boa, para mim foi boa a internação... A idade, a idade, eu não me lembro,... não me lembro... uma vez, uma semana só... Foi no H(P)”.

“Então né, porque o medo que eu tinha era porque quando eu internei o meu irmão em Sorocaba... meu irmão não sofreu assim agressividade por parte dos funcionários que trabalhava lá dentro... **só quando ele chegava... com esses bichos na cabeça... ele chegava lá na casa com...** Mas a cabeça dele chegou com horror né, inchada, a gente tinha que passar um remédio... ficou com esses bichinhos... Era a higiene que era né?

A mãe do usuário reforça a informação de uma experiência com desfecho favorável em leito psiquiátrico em enfermaria de Hospital Geral e que contribuiu para a continuidade do tratamento fora da instituição hospitalar:

“só que ele sempre foi bem tratado lá, só que... (...) eu passei muita dificuldade com ele, e eu não o internava lá, por isso mesmo, deste medo

que as pessoas falavam, eu não internava ele... e tinha medo que acontecesse o pior comigo e com meus filhos e meus problemas de casa... ele não andava bom em casa, estava violento e realmente, tudo... E eu ficava aguentando tudo pedindo pra Deus ajudar a gente, **com medo de internar e acontecer essas coisas...** aí o que aconteceu, chegou uma hora eu fiquei com medo de acontecer o pior para a gente... Foi onde ele pediu para a Dra M. do HSP internar ele, né? E ela deu a guia para internar ele por duas semanas. (...) eu internei por duas semanas, aí ele viu como era lá dentro o tratamento dos outros e falou que não precisava ser internado, e que ele se controlava mais em casa ele era muito agressivo... **Aí ele foi muito bem tratado lá** e até ajudava a cuidar dos outros pacientes... É... Eu tava um pouco melhor e eu procurava ajudar a pessoa...”

“Isso! Foi o que os médicos falava para mim, né, **que ele tava melhor e tava ajudando os outros..conversava com eles**, só coisa boa para ele..a partir disso ele foi pra casa e não ficou mais violento...nós vendo, foi melhorando cada vez mais...”

“Ele foi tratado bem pelas partes dos funcionários lá dentro do H(P) e no H(SP) ele também teve um bom tratamento com os médicos com as enfermeiras, tomava os remédios. Participava de reunião igual a essa né? E graças a deus não foi aquilo que eu pensava não é? que ia acontecer o que aconteceu com o meu irmão o que aconteceu com os outros. Foi só uma semana...”

Outro usuário então discorre sobre as diferenças entre os leitos psiquiátricos que existem em Hospitais Gerais e aqueles localizados dentro dos hospitais especializados fechados, sucedâneos dos antigos “hospícios”:

“Todo Hospital Geral que não é hospital psiquiátrico, ele tem um ótimo tratamento psiquiátrico, agora quando é uma internação no Hospital psiquiátrico e eu tive três aí é um problema..., então o Hospital (CP) é bom, o (P) é bom, o (S) é bom, agora se vai procurar Clínica só de Hospital psiquiátrico aí é tortura mesmo...”

Apesar de todas as controvérsias assinaladas, a internação psiquiátrica continua sendo, embora de forma pontual apenas, um recurso terapêutico indispensável para muitos pacientes, principalmente para os mais graves (DALGALARRONDO et al., 2003).

Do processo de mudança do modelo assistencial em curso no Brasil, orientado pela Reforma, pode-se dizer que a desativação de leitos psiquiátricos em instituições especializadas foi rápida. A figura 16 ilustra esse processo.

Observa – se, no período referido, como exemplo, a diminuição de quase 50% no número desses leitos, no Brasil.

Figura 16: A redução do número de leitos/ano

Fonte: Em 1996-2000, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. 2004 – 2008 (outubro) pelo PRH/CNES

Se por um lado, mostra o sucesso e a incorporação de consagrados princípios pelos gestores que conduziram as Políticas de Saúde de Estado, por outro, algumas consequências com impacto na assistência em geral, seriam objeto de críticas hoje por diversos setores. Destaques a essas críticas serão apresentados em outros espaços desse trabalho.

As grandes instituições para desadaptados sociais seriam produtoras de segregação, estigmas e anomia.

A ideia de que a internação psiquiátrica não deveria mais ser vista como centro da assistência psiquiátrica, devendo ser integrada a estruturas assistenciais extramurais, por um lado, e por outro, o desenvolvimento de experiências de pequenas enfermarias psiquiátricas em hospitais militares gerais, o desenvolvimento de abordagens terapêuticas que viabilizaram e tornaram mais ágeis os tratamentos de quadros psiquiátricos, propiciaram o surgimento de uma série de alternativas assistenciais, dentre as quais se destacam as enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais (BACHRACH, 1981).

As unidades de internação psiquiátrica em hospital geral (UIPHG) ofereceriam, portanto, uma alternativa recomendável. Estão previstas dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na própria lei 10.216 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Para Lucchesi (2008) essa alternativa promoveria uma melhor atenção aos usuários com doenças físicas concomitantes no Hospital Geral; contribuiria para com a integração da psiquiatria com outras especialidades e outros profissionais de saúde em outro ambiente, favorecendo a diminuição do estigma e preconceito para com funcionários e usuários; uma maior interação com a comunidade, favorecendo o controle social dos serviços prestados; as atividades de interconsulta, promovidas pela equipe da UPHG podem se constituir em ações de capacitação em saúde mental dos profissionais das demais unidades do hospital e além do mais colaborar para a humanização dos serviços de assistência no próprio hospital geral.

Apesar, no entanto, de estarem preconizados como um dos pilares fundamentais de modalidade assistencial substitutiva aos leitos psiquiátricos tradicionais desativados, o número desses leitos ainda são insuficientes. Um comparativo poder ser visualizado na tabela 10:

Tabela 10: Número e proporção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais/ leitos psiquiátricos tradicionais:

Tipo de Leito	Estimativa Populacional	Número total de leitos 39.365	Número total de hospitais	Coeficiente geral	Coeficiente por mil habitantes	% em relação ao número total de leitos
Hospital Tradicional	189.612.814	36.797	214	0,000194	0,19	93,47
Leitos em Hospital Geral	189.612.814	<u>2.568</u>	415	0,000014	0,01	<u>6,52</u>

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/CNES - PRH/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estimativa populacional 2008.

Como se pôde observar, o total de leitos em UIPHG, além de insuficientes, é uma ínfima proporção (6,52%) em comparação com o total de leitos psiquiátricos no Brasil em outubro de 2008.

A percepção de que essas enfermarias localizadas em hospitais gerais ofereceriam uma maior qualidade no atendimento, mesmo em regime de internação fechado, foi apresentada pelos usuários entrevistados, apesar de oferecerem um acesso muito limitado.

Críticas veiculadas em diversas instâncias se fazem sentir aos gestores responsáveis atuais pelos rumos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que gerenciam a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) no Ministério da Saúde.

A mídia, de modo geral, tem reproduzido esse debate em matérias jornalísticas abrangentes dando voz, cada vez mais, às insatisfações de setores sociais organizados para com os rumos tomados pela política do setor como, por exemplo, a Associação Brasileira de Psiquiatria, os Conselhos Regionais de Medicina (ABP, 2006; GERALDES, 2006; UNIAD, [s.d.]), setores universitários (TEIXEIRA, 2006) entre outras.

Essas críticas dizem respeito principalmente ao descompasso entre uma sensível e descoordenada desativação de leitos psiquiátricos sem a contrapartida de um efetivo e suficiente planejamento na implantação e coordenação de dispositivos de atenção na comunidade. Os investimentos teriam diminuído para saúde mental no período e perdido participação proporcional em gastos no orçamento geral do Ministério da Saúde (AGGEGE 2007).

Estudo recente concluiu que teria havido desinvestimento no âmbito orçamentário de Ministério da Saúde para o setor de saúde mental, pois a redução acelerada no custeio dos leitos hospitalares fechados não teria sido acompanhada por um aumento efetivo nos gastos das implantações dos dispositivos extra-hospitalares, no período de 1995 a 2005. Teria ocorrido uma diminuição de 41% no número de leitos, enquanto os serviços comunitários teriam aumentado nove vezes, invertendo ainda a razão de gastos, pois se as internações representavam 95,5% dos gastos totais em 1995, passaram a

apenas 49% em 2005 do montante da saúde mental. No entanto, as despesas totais teriam caído 26,7% (de 2,66 para 1,95 US\$ per capita) e sua participação nos gastos totais do Ministério da Saúde teria diminuído de 5,8% para 2,3% no final do período. Os autores argumentaram que a reforma psiquiátrica não poderia se realizar como uma estratégia de redução de custos, mas, pelo contrário deveria ser acompanhada pelo aumento de investimentos (ANDREOLI et al., 2007).

Em carta aos editores da publicação, o Ministério da Saúde contestou essa pesquisa, mas o debate já havia sido lançado (DELGADO e WEBER, 2007)

A ausência de uma substituição assistencial efetiva e mais bem planejada na mudança do modelo teria gerado desassistência e acabaria por aumentar a imensa sobrecarga familiar sentida quando essas famílias não são apoiadas efetivamente pelos serviços de saúde na comunidade, considerado o fato da insuficiência da implantação dessa rede (BANDEIRA e BARROSO, 2005).

Pode-se dizer, que a questão da internação em regime fechado, mesmo que de forma pontual, tem sido revista e apontada ainda como alternativa e não obteria mais um consenso universal na sociedade, acirrando debates e permeando os veículos de comunicação social.

Recentemente o jornal Folha de São Paulo, publicou duas crônicas, de autoria do poeta Ferreira Gullar, de grande expressão nos meios intelectuais, que chamaram muita atenção nesses meios de comunicação.

Em tom de desabafo, Gullar, mostrou sua indignação contra a política de Saúde Mental inspirada na Lei 10.216, a qual considerou “uma lei errada” e mais à frente, que seria preciso “revogar uma lei idiota que provocou tamanho desastre” (GULLAR, 2009a e 2009b). Referia-se especialmente ao seu sofrimento e o de sua família, por ter dois filhos com Esquizofrenia.

Um primeiro artigo foi publicado na edição dominical de 12 de Abril de 2009 e levantou extensa discussão na seção de cartas do próprio jornal, em outros órgãos de imprensa e na internet, entre outros, repercutindo o intenso interesse pelo assunto, demonstrando de forma inequívoca que, apesar de aparente, o consenso não é compartilhado.

Em outro artigo, publicado na mesma coluna e duas semanas após o primeiro, "A sociedade sem traumas", o mesmo autor reconhecendo o impacto causado pelo seu artigo, requalifica suas críticas:

"(...) a maioria dos que comigo concordam são pessoas que têm experimentado na carne as consequências de uma lei que, embora bem intencionada, em vez de ajudá-las, agrava-lhes o sofrimento. (...) algumas assinalaram a qualidade do atendimento médico nos serviços comunitários de saúde mental, fato que registro com prazer. Minha crítica à lei 10.216/2001, que estabeleceu a nova política psiquiátrica, limitou-se a seu objetivo fundamental, que resulta em condenar e inviabilizar a internação dos pacientes. (...), mas é inegável que, em casos de surto psicótico agudo, essa providência é imprescindível. Ninguém, em sã consciência, acredita que, nesse estado, o paciente possa ser atendido no hospital-dia. Não é difícil prever o que ocorre, em tais circunstâncias, quando a família do paciente não consegue interná-lo. Manter em casa uma pessoa em estado delirante é praticamente impossível. Por isso, as famílias que têm recursos recorrem às caríssimas clínicas particulares. E as que não têm?"

Essas preocupações aparecem nitidamente entre os entrevistados desse estudo. No cotidiano e na sobrecarga familiar experimentada verificou-se a necessidade da internação:

"(...) Aí começou o tratamento dele com a Dra (X) **e as três vezes que ele foi internado foi opção dele**, ele que sempre quis... a Dra (X) não queria que ele fosse internado..."

"(...) **problema muito grave, sabe... aí eu ficava segurando para não internar ele e levava ele pro hospital ia conversar com a médica, pra ver se tinha outro jeito n'ê, por causa dessas coisas...** Essas coisas, n'ê? **Mas aí chegou uma hora que eu...**"

"(...) Mais ele... Eu quero morder... é isso que eu acho ruim... eu acho só isso... **o médico me deu alta, mas eu tô sentindo a mesma coisa eu sentindo a mesma coisa...** "(*choro forte – destaque desse autor*).

"**Ah... ela é muito agitada... ela não consegue, n'ê? Ela quer se matar... é pegar faca... é... qualquer coisa que tiver ela quer se matar...** e quem passar no pé dela, ela quer se agarrar... **quer morder**, quer fazer alguma coisa... **ela foi para o Hospital (CL)** (...) Sempre quando acontece isso é sempre a tardezinha, de cinco horas em diante, de repente... aí ela passa dois dias bons e dois dias ruins... tá sempre tomando remédio, mas..."

"**Ela foi lá para o Hospital (CL)**... ela tinha melhorado um pouco, teve lá no Hospital (NSC) também... **fez tratamento lá no hospital dia também...** fez lá o tratamento... Até deu uma melhoradazinha... **aí depois... Voltou tudo... Quando voltou, voltou tudo de uma vez, aí, pronto! Aí...** Depois voltou tudo de novo... Quando voltou de uma vez aí pronto..."

"(...) **já quebrou três televisão de casa... Quando dá isso ela quebra todinha...** quando ela toma remédio ela fica mais calma... ela tá agitada hoje... TV..."

A irrupção de uma crise aguda, abrupta, sem o recurso de contenção familiar e um vínculo com um serviço de saúde mais adequado e acessível para os familiares, desestabiliza esse cotidiano, tornando-se muitas vezes, “um caso de polícia”, como o recurso possível, a ser invocado:

“(...) Talvez seja a demora, pra conseguir... ela tem que estar bem ruim... **E a gente tem de chamar a polícia para poder internar, senão não vai...** Primeiro chama a polícia... Tem que vir... Vem a polícia pra depois a policia chamar a ambulância pra poder levar se não vai (...) **senão não tem como internar...**”.

Um vínculo com um serviço de saúde, mais acessível e adequado, pode ser visto como um apoio para esta sobrecarga cotidiana, na irrupção de uma crise, como apontado nessa percepção:

“(...) Foi... da minha parte eu só tenho muito que agradecer né... **Por que ele tinha um médico de rotina no Hospital (SP)...** Quando ele tava ruim, que não estava na data certa do médico..., **eu levava no Pronto Socorro, ele era medicado e eu o levava bom pra casa né... Já voltava bom para casa... Já melhorava**”.

Quando, entretanto, os usuários e familiares foram estimulados a discorrerem sobre outras modalidades de assistência, as opiniões foram unânimes.

Apresentaram a percepção positiva da qualidade diferente experimentada em termos de seu tratamento, nos dispositivos de atenção não hospitalares, como os CAPS, os ambulatorios abertos e na própria unidade de saúde do programa de apoio.

Quais seriam os aspectos envolvidos nessa percepção, a de uma maior satisfação e qualidade na assistência provida nesses dispositivos, por parte dos usuários e de seus familiares?

Uma primeira hipótese poderia estar relacionada à competência e à qualidade técnica da assistência e do profissional, mais ainda do que a facilidade e proximidade no acesso, como parece presente nessa percepção:

“(...) E também depois dele ter alta de lá e ele tá se dando muito bem com a Dra(X), né... eles o mandaram pra cá transferido (...). **Quando ele saiu de alta, eu chorei, fiquei muito triste, saí do Hospital (SP) com ele e achei que eu vinha para um posto de saúde, né, não ia ser o mesmo tratamento que ele tava tendo lá...** mas quando cheguei agora, estou vendo que está sendo a mesma coisa... **aí, eu vi que estava sendo a mesma coisa, e está gostando até mais da Doutora(X)...**”.

“O Hospital me mandou, por que era um bairro que eu morava mais perto e ali era longe prá mim, tal, mas eu não queria entender isso, por que eu achava que tinha algumas pessoas que tratava em outros postos de saúde que não eram bem tratados como o José está sendo aqui, com a Doutora (X), como o José está sendo bem tratado aqui...”

Um familiar destacou os resultados apresentados pelo CAPS³³ quando, na modalidade de um tratamento intensivo e diário, a usuária apresentou “melhora” em seu comportamento. Outra interpretação complementar à mesma narrativa poderia ter sido também a percepção de um maior apoio familiar na lide com a sobrecarga:

“(...) essa terapia que vocês tavam falando... ela fez lá no hospital dia, e também quando saiu do hospital... (...) ia de manhã e eu buscava à tarde... todo dia... aí até ficou boa... depois... foi no hospital dia... que vocês tão falando... ficava de manhã até a tarde, aí ela dava uma melhorada...”

Os CAPS são unidades de atendimento em saúde mental que oferecem a seus usuários um programa de cuidados intensivos, elaborado por uma equipe multidisciplinar.

As alternativas e a diversidade de opções terapêuticas e de atividades foram destacadas pelos usuários:

“mas tem outras coisas que a gente pode fazer que ajuda a cabeça da gente funcionar melhor...artesanato...”

“a gente tinha terapia também...”

“Quando eu vou ao CAPS eu participo... igual, a reunião a gente fala um com outro... da doença... a gente conversa... lá nas reunião da gente fala um para o outro sobre a doença da gente, o que a gente está sentindo, não é só aquele medicamento....a gente tem a hora do medicamento,tudo certinho... mas não é só medicamento que a gente tem lá nem só o psiquiatra que a gente passa..., então tem hora prá tudo, se eu não me engano tem cinco ou seis eventos que tem da hora que chega lá até a hora que a gente sai ...não fica parado....prá mim, que eu mesmo não saio nem de casa...”

“O Caps é muito bom, no CAPS a gente participa, no CAPS a gente participa de vários eventos, tem festa, tem teatro, tem passeios. Pra gente...”

“Fazia cortina, ficava mais calma... o Caps é assim mesmo como ele está falando... foi legal... fiquei um mês da última vez... ia todo dia, tomava café lá, depois fazia atividade, n'é... aprendia artesanato... aprendi a fazer uns potinhos... umas corujinhas... muito bom... aprendi a fazer cortina, papel...”

“O gostoso era o café... A Simone gostava era do café...”

³³ CAPS – Centros de Atenção Psicossocial. Sua descrição mais pormenorizada já foi realizada. Para maiores informações consultar publicações do Ministério da Saúde.(2004)

“O Caps é muito bom, porque quando você chega lá assim você já tem atendimento... pronto”.

Essas percepções corroborariam positivamente o enfoque e diretrizes assistenciais nos processos de trabalho desenvolvidos pelos CAPS, conforme preconizado pelos documentos oficiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004c):

“O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.” (p.13) (grifo do autor).

Os familiares enalteceram o trabalho com as famílias e pelo apoio familiar prestado por esses dispositivos, quer seja amenizando os conflitos familiares pela sobrecarga, quer seja desenvolvendo atividades psico - pedagógicas:

“Eu gostava do CAPS... os familiares aqui, todos já participaram de palestras? (...) Ajuda muito... ajuda a gente ter paciência, não ficar nervosa... a gente aprende a ser paciente...”

“(...) a gente aprende assim, a ter calma, cuidar deles, com o problema que eles têm...”.

“Eu queria falar que a reunião de família ajuda porque eles pediram para eu levar os outros filhos... porque os outros não entendiam e com ele brigavam muito e através dos meus outros filhos participarem da reunião... eles brigavam muito com o José... e através dos meus outros filhos participarem das reuniões, o terapeuta foi conversando com eles, eles foram entendendo e hoje já ajudam o José e qualquer coisa eles queria bater no José, também o José bater neles... e ficava aquela coisa toda... e hoje não eles já entendem... tem que respeitar o problema... tem que ajudar... O José também tem que respeitar a gente... e então a coisa melhorou cada vez mais... num é só o remédio como a terapia familiar... também ajuda muito...”

O encorajamento à participação e inclusão dos familiares no tratamento foi destacado em outras narrativas:

“Falaram prá continuar, a gente tem de estar participando... junto... com o paciente na realidade tem que arrumar alguma coisa para eles fazer... porque o caso desta daqui é que ela não queria tomar os remédios... ela nunca quis... (...) **O tratamento é participar do tratamento** e ela não queria tomar o remédio, nunca quis... só que agora ela tá tomando, tá perfeita... se acalma os remédios de antes não faziam aqueles efeitos que devia fazer e ela também não queria tomar...”.

“É bom, porque na realidade o paciente não vai falar de tudo as coisas, quem vai falar é quem tá de fora... Tem horas que ela tinha muitas visões no mundo (...). Exatamente, ela não vai falar... As pessoas que vêem, eles vão falar que

tá bom... Ela não ia falar tudo e acabava falando que está tudo bom... Vai falar que tá bom..."

Pode-se afirmar que a possibilidade da ampliação de recursos terapêuticos, ao enfatizar outras dimensões, proporcionadas pela assistência dos CAPS, foi qualificada positivamente pelos familiares e usuários no cotidiano do cuidado prestado.

O que dizer, porém, da assistência mais individualizada, centrada no médico psiquiatra vinculada ao programa de apoio?

A dimensão enfatizada aqui parece ter recaído predominantemente na qualidade do vínculo.

Para Campos, o vínculo poderia ser conceituado, na perspectiva dos cuidados em saúde, como aquele algo que pudesse atar ou ligar as pessoas; indicar interdependência, como linhas em duplo-sentido; a presença de compromissos dos profissionais com os usuários e vice-versa. (CAMPOS, 2003)

A postura de sensibilidade, de escuta e de proximidade do profissional de saúde com o usuário não seria experimentada como impessoal e fria.

Prosseguindo, o mesmo autor, destacaria que o fortalecimento de vínculos entre usuários, família e comunidade os profissionais da saúde, pode ser considerado como um recurso terapêutico e como um dos meios mais adequados para a prática de uma clínica com qualidade (CAMPOS, 2003).

Os depoimentos que se seguem parecem confirmar o vínculo de maneira positiva. A satisfação experimentada na assistência prestada foi apreendida como um importante recurso terapêutico e como uma maior qualidade na clínica:

"Eu já gosto muito do tratamento com a doutora, porque ela não simplesmente chega olha simplesmente para a nossa cara e dá o remédio... ela toma tempo, às vezes ela fica quinze, vinte, meia hora no tratamento conversando com a gente, então é muito bom..."

"Eu só vim melhorar mesmo nas duas unidades com as Doutoradas (X) e (Y) e olha que eu tenho convênio médico que cobre a psiquiatria, mas prefiro a unidade de saúde, por que eu, é... eu me sinto muito bem, tem mais atenção..."

“Sinto... eu sinto que com a Dra (X), eu melhorei muito... Melhorei por que... ela, o jeito dela conversar. O jeito dela conversar com a gente... explicar a doença...”.

“Converso, converso com ela... É importante, é importante e olha que eu converso pouco... Eu converso pouco, mas converso... É por que... pode ajudar o paciente amanhã... pode ajudar o paciente amanhã... se eu estou um pouco ruim hoje, amanhã eu posso tá melhor com o remédio... então vou melhorar...”.

Merhy teria destacado o vínculo de maneira muito positiva, como ferramenta de trabalho muito importante e potente indutor de mudanças nos processos e práticas envolvidas nas esferas relacionais dos profissionais de saúde e usuários. A qualidade do vínculo foi colocada na dimensão das “tecnologias leves” em contraposição às “tecnologias duras” e “leve-duras” determinadas pelos saberes instituídos e estruturados, principalmente no modelo da biomedicina (MERHY, 1997). Essas ideias teriam contribuído para a adoção dos processos apregoados de acolhimento com o intuito da superação daquele modelo hegemônico.

Pode-se afirmar, no entanto, que tomar de forma reducionista esses conceitos acarretaria entender, como ausentes, no modelo da assistência médica, por si mesma, as dimensões das “tecnologias leves” ou que essas se anteporiam de forma excludente aos saberes estruturados e “tecnologias duras” ou “leve duras”.

Os depoimentos colhidos demonstraram a presença de maneira significativa, no trabalho do médico psiquiatra essas dimensões, propiciadoras dos vínculos e apreciadas pelos entrevistados.

Outras dimensões da proximidade no campo relacional, mais no sentido “pessoal” e até “familiar” pode ser percebido aqui:

“Eu já levei bronca do médico... Já..., por que eu parei de tomar os remédios...”.

“(...) Alguma coisa está errada você não deu o remédio para Rosangela, vamos falar a verdade eu não dei, eu estava dando medicina, n’ê? Que me mandaram dar, quem sabe melhora com a medicina... com ervas...”.

“Tinha uma médica que ele não gostava muito dela, mas ela era uma médica muito boa, mas também era durona quando precisava chamar atenção... quando ela achava que precisava chamar a atenção ela chamava e ele achava que ela estava errada e eu achava que tava certa... eu achava que estava certa, por que ele melhorava quando ela dava dura nele, sabe?”.

Outra dimensão ainda poderia ser encontrada nesse depoimento, quando essa usuária recebeu assistência prestada pelo mesmo profissional, em diferentes níveis de cuidados de atenção, pois o profissional também trabalhava no Hospital Psiquiátrico em que a usuária foi internada:

“Eu acho que a Doutora (X) é uma médica muito boa, que inclusive ela, na ultima internação que eu tive em 2008 foi ela que me atendeu... fui transferida do Hospital (CL), porque a médica trabalha no hospital e trabalha aqui também..., ela me deu umas broncas, porque apareci lá... por que eu tinha parado de tomar os remédios... eu não tenho nada contra ela não...”

Apesar da qualificação positiva percebida pelos usuários e familiares em relação ao Programa de Apoio, nas dimensões do vínculo, acesso e resultados na sintomatologia e qualidade de vida, alguns pontos negativos foram destacados, como a necessidade de se ampliarem as atividades, um maior acesso aos outros profissionais e a necessidade de uma maior frequência de consultas:

“Ele só tá com o tratamento com a Doutora (X), mas eu queria conseguir um psicólogo, n’ê prá ele... gostaria que ele também tivesse uma psicóloga e uma terapeuta, tá difícil achar uma psicóloga... pra ajudar mais no tratamento dele. por que a consulta aqui é uma vez por mês ou então cada dois meses, e eu acho muito tempo”.

“Acho que poderia ter uma terapia em grupo, pra conversar... poderia também ter algum lazer, algum trabalho com os pacientes...”

“Porque assim é muita demora... Demora muito, eu acho, às vezes, um paciente agitado não pode, não tem condição ,é..não pode esperar tanto tempo...”

Os relatos e discursos do grupo indicaram percepções sobre a ESF como algo mais superficial e distante, de maneira geral.

Esses depoimentos qualificaram a ESF com dotada de importância reduzida e quase inexistente em termos dos cuidados relacionados às necessidades e demandas em saúde mental.

Sua importância residiria na associação com outros aspectos das ações em saúde, como acessos ou “auxílios burocráticos”.

Nenhum relato foi colhido em relação às ações educativas, prevenção e promoção da saúde. Nenhum depoimento sublinhou a participação em algum programa sistemático da ESF.

Uma hipótese que poderia formular-se seria a de que os níveis de cuidados e de sobrecarga exigidos pelos transtornos mentais severos e persistentes, vividos pelos entrevistados e seus familiares, seriam tão severos que acarretariam uma busca incessante dos tratamentos especializados.

Alguns depoimentos realçaram a facilidade de acesso proporcionada pela ESF:

“É muito bom, pra mim onde moro , é, lá na Cidade Ipava é muito bom e tem também o diretor de lá o (G) ele é muito bom. eles ajudam a gente... e eles sempre ajudam a gente..., né? é bom porque sempre que a gente precisa de um médico, alguma coisa, elas orientam a gente... como que a gente faz... se a gente tem que ir até o posto de saúde pra marcar... ou se elas marcam pra gente... Quem são as agentes? E tem todo o mês aquele atendimento... Agora no momento na minha rua é a Monica Foi a Amaralina, agora é a Monica...”

Esse depoimento destaca a função da ACS como facilitadora “burocrática” ao acesso de serviços de saúde:

“A minha agente... Eu falo que ela é uma anja, por que tudo o que eu peço prá ela, né, no posto, ela procura correr atrás pra mim e ir em casa assim , encaminhamento, consulta, tudo ela corre atrás...a nossa agente é muito boa...prá mim...”.

Uma visão diferente das funções da ACS pode ser compreendida neste relato como um membro da equipe de saúde que poderia prover atenção e vincular-se, ao constituir-se como importante interface, ao qualificar e informar o estado de saúde do usuário aos demais membros da equipe.

“Não a nossa agente vai lá em casa e ela está a par do problema do Reginaldo no tratamento dele com a Dra(X)... Toda vez que ela passa ela bate ela pergunta como que ele tá... pergunta sobre o tratamento do (R)... se está com alguma dor eu falo, se tá mais deprimido se está mais calmo eu falo pra ela... é tudo anotado no prontuário para levar pro posto...”.

Em relação aos profissionais das equipes da ESF, o acesso ao médico é fundamental e reconhecido como o mais importante. Percebe-se que outras categorias profissionais como os ACS, auxiliares de enfermagem e enfermeiros são menos valorizadas e pouco diferenciadas entre si.

Apesar da importância reconhecida, o especialista teria maior visibilidade e a rotatividade do profissional é observada como negativa e dificultadora de vínculo:

“É ruim quando muda o médico...”

“Ele foi embora, **o médico não fica lá... entra e sai entra e sai...** o médico não fica...”

“Lá do Ipava, **era a Dra Rose só que ela saiu, ela foi embora do posto,** porque quando ele estava assim com qualquer dor mais triste, assim, a gente passava em consulta com ela, só que agora não tem no posto. Essa semana, que foi sexta feira, eu passei com **a Dra Patricia, só que, dois dias depois ela já foi embora...** Ela já foi embora... Eu to com uns exames, que tava marcada... E agora...”

“No nosso posto tinha... **Uma doutora... Lá no Ipava... Só que ela saiu, ela foi embora...**”

“Mas lá não tem médico psiquiatra onde eu moro... não tem”

Pode-se concluir, reunindo os depoimentos desses usuários e familiares, que a extensão e integração dos cuidados em saúde mental pela ESF seriam reconhecidos apenas marginalmente e que, portanto, um resultado mais alentador constitui um desafio a ser enfrentado no desenvolvimento do Programa de Apoio.

Princípios como Vínculo, Contato Longitudinal, Integralidade de Ações, entre outras diretrizes enunciadas da ESF, ainda seriam apenas imagens-objetivos distantes da realidade e do cotidiano dessa população entrevistada.

6.2.2.3.2 A Percepção do Estigma

Uma categoria analítica importante na análise das percepções colhidas junto a essa população foi identificada como aquela que relacionaria a presença da discriminação, preconceito e o estigma associado com a população portadora de transtornos mentais.

Embora pouco explícita nos depoimentos colhidos, tomada como hipótese de trabalho na dimensão categorial, seria revelada como

interpretação do conteúdo latente e oculto das falas ou mesmo em tensão com o conteúdo mais manifesto.

Turato ao referir-se à interpretação e citando Japiassu e Marcondes, qualificou-a como a “explicação do sentido de algo ou a reconstrução de um pensamento ou texto cujo sentido não é imediatamente claro”. Em seu “*stricto sensu*” poderia ainda ser definida como a entrada do pesquisador no material colhido e organizado e que, ao partir das significações trazidas pelos sujeitos, poderia chegar à revelação das significações não ditas, mas latentes e dissimuladas (TURATO, 2003).

Poder-se-ia se contextualizar a experiência do estigma no campo da saúde entre os problemas definidos à sua “margem”, isto é situando-se na fronteira entre o médico e o social. Para KLEINMAN et al. (1997) esses problemas poderiam ser definidos com o termo “sofrimento social” e designaria a experiência danosa e devastadora infligida aos indivíduos pelas forças sociais. Esses autores perceberam os indivíduos a partir da perspectiva da Antropologia da Experiência, ou seja, a partir mesmo de suas experiências vividas nos contextos cotidianos em suas diversas dimensões: sociais, políticas, culturais e econômicas.

Uma conceituação social mais abrangente a respeito do estigma foi definida como uma situação onde o sujeito não se encontraria habilitado para uma aceitação plena da sociedade e portaria uma marca estabelecida a partir de critérios impostos arbitrariamente nas relações sociais cotidianas com um diferencial de valor pejorativo, que o inferiorizaria. (Goffman, 1988)

Uma pista a respeito da presença do tema, permeando de forma latente as narrativas, foi fornecida neste depoimento, quando um entrevistado, estimulado a discorrer sobre sua satisfação quando em tratamento no CAPS, afirmou:

“Do faxineiro até o gerente geral, lá dentro, os pacientes, todos... lá é tudo a mesma coisa...”

Menções mais explícitas foram referidas, por outros usuários:

“Eu não tenho nada que me queixar dos médicos... Só essa médica que eu não gostei, pro mor de ela falou que eu era louca... Não é bom o nome

doida... doida né? Te chamar de doida... Acho que ali deve ser posto de saúde, eu nem fui mais lá né?"

"Só que eu não comentei nada com a minha família, **para a sociedade a gente não tem tanto valor assim...**"

Tal como enfatizado ainda por GOFFMAN (1988) o processo de estigmatização aplicar-se-ia não somente aos indivíduos portadores desses sofrimentos, mas também aos seus familiares:

Tal achado poderia reforçar a hipótese:

"Os outros médicos falavam **para ela internar porque ela era louca**, como chamava aquele lugar...? Tratando a primeira vez, né? **Ah isto é de família, ia aparecer a qualquer momento...** é louco, tem que internar mesmo... era lá... **e a louca tem que internar mesmo...** Aí arrumei um médico particular e começou tomar remédio para depressão..."

Essa familiar, em especial, sempre se recusou a internar a filha, expressando frequentemente suas preocupações e sobrecarga com seus transtornos mentais. Em dado momento no grupo, levantou – se e retirou de sua bolsa duas fotos de sua filha, de mesmo tamanho e coladas simetricamente, uma no verso da outra: enquanto, um lado estampava sua face mais jovial, antes de adoecer, o outro, revelaria sua fisionomia mais recente e "estigmatizada pela doença", como se fossem "duas faces da mesma moeda".

As pessoas portadoras das enfermidades mentais seriam desafiadas duplamente, pois, de um lado teriam que lutar contra as desadaptações e sintomas produzidos pela própria doença e, por outro, ainda teriam que se confrontar com os estereótipos e prejuízos produzidos socialmente pelas concepções culturais acerca dos transtornos mentais. Como resultados desse duplo desafio, sentir-se-iam prejudicadas em sua busca de qualidade de vida: bons empregos, uma boa e segura moradia, satisfação experienciada de uma boa saúde e um prejuízo marcante para filiarem-se em seus grupos sociais (CORRIGAN e WATSON, 2002).

Essa usuária parece discorrer sobre esse duplo desafio:

"O remédio é forte, n'é? Já fui até tomar injeção para tirar o efeito (...) **eu não tomava remédio porque parecia um zumbi...** aí eu chegava lá no INSS e **me davam alta... chegava lá então e eu ia trabalhar... e o pessoal da firma me mandava embora... pois ficavam com medo, né?** porque lá, tinha aquele

prédio, e eles achavam que eu iria pular lá de cima, mas eu dei uma melhorada, eu não estou 100%, mas estou melhor...”

Colocado no âmbito da interação social, o processo social de produção do estigma, na acepção de GOFFMAN (1988), não seria de natureza uni direcionada, mas sofreria a ação das próprias contrarreações dos indivíduos estigmatizados e ações de outros atores sociais, revestindo o fenômeno de uma maior complexidade.

Assim poderiam ser mais bem entendidos fenômenos como a tentativa de aceder aos espaços interditados com grandes esforços, a requalificação positiva da experiência de sofrimento experimentada, a busca de ganhos secundários, o reconhecimento da presença de problemas nas pessoas consideradas normais. Seriam atitudes desenvolvidas com o objetivo de amenizar ou relativizar o sofrimento percebido.

Esse depoimento parece ilustrar esses conceitos:

“É como ele tava falando... eu gostei muito da reunião porque ajuda muito a gente sabe... eu acho que ajuda muito, sabe?... **ajuda os familiares... a entender o problema... e ver que a gente não tá sozinho... que tem outras pessoas também com o mesmo problema da gente.... por que a gente acha que é só a gente que tá passando por aquilo... mas não é, n'é?** São outras pessoas também... saber que não estamos sozinhos, por que a gente acha que só nós estamos passando por isso...”

“É uma coisa que eles falaram... e outra coisa que eu vou falar o pessoal, não só o pessoal de casa, **mas o pessoal da rua acha que a Esquizofrenia é como é que fala e... eles acham que é frescura que é frescura, mas não é só o pessoal de dentro de casa os vizinhos, o pessoal da rua também acha... só que outra pessoa que tem o mesmo problema, vai supor ela que cuida do filho dela e do esposo dela é que vai me entender... e vai me entender ver o que a gente passa não é frescura...** mas quem tá na rua vai achar que é frescura, que não é nada que é falta de trabalho, é apanhar, é isto que eles falam... que é falta de trabalho... os cuidados de levar ou buscar no trabalho, eles não entendem...”

Como corolário desses conceitos, GOFFMAN (1988), desenvolve a ideia de que o intercâmbio social, manifestado na aglutinação e formação de grupos de auto-ajuda, por exemplo, teria um caráter essencialmente benéfico. Esses depoimentos parecem revelar aspectos mencionados por esse autor.

De acordo com Estroff, citado por NUNES e TORRENTÉ (2009, p. 104), referiu-se ao fato de que o estigma pudesse também atingir distintos

atores sociais envolvidos com as pessoas portadoras de transtornos mentais e sua interpretação assumiria matizes diferentes nos dois casos. Assim, enquanto os cuidadores destacassem mais os aspectos da doença em si, os portadores preocupar-se-iam mais com seus direitos, protestando contra as injúrias do tratamento, a humilhação, a perda do eu, as perdas sociais, do que os déficits diretamente provocados no comportamento pela doença. Os portadores, portanto, prefeririam a luta social de combate à discriminação e promotora de direitos iguais, relegando o fardo da doença como queixa secundária.

Muitos dos depoimentos colhidos no grupo de discussão parecem ter convergido com a perspectiva da interação social e menos na perspectiva do sofrimento causado diretamente pelos transtornos.

Poucos foram os depoimentos que enfocaram os sintomas e manifestações próprias dos distúrbios. A maioria das manifestações parece ter se deslocado para queixas de más condições de tratamento, humilhações sofridas e potenciais e reivindicações de uma melhor acolhida, respeito e revalorização pessoal.

As famílias revelaram as sobrecargas demandadas pelos seus membros afetados.

A sobrecarga familiar percebida na convivência com o transtorno mental seria impactada não só em suas dimensões objetivas impostas concretamente pelas perdas sociais e econômicas envolvidas, mas também nas dimensões subjetivas e emocionais decorrentes do estresse persistente nas relações com o familiar diretamente afetado originado pela eclosão de crises e instabilidades temidas no curso dos transtornos.

A perda da continência familiar e consequente desorganização, ainda poderiam funcionar sistemicamente de forma retro alimentadora, piorando o curso do transtorno no sujeito afetado.

O conhecimento e a compreensão desses aspectos vividos cotidianamente e narrados a partir da perspectiva dos usuários e seus familiares, poderia contribuir de maneira substancial para o planejamento e execução de intervenções e ações de saúde individuais e coletivas

tributárias do princípio da Integralidade e Promoção de Saúde que se encontram inscritas na vocação da ESF.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A vida é um ‘sopro’ (...) Cada um vem, conta sua história, vai embora e depois ela será apagada para sempre. A vida continua”. (Oscar Niemeyer, 2009)

O que orientou este estudo foi a concepção na qual as conclusões de uma pesquisa acadêmica comportariam resultados advindos de uma natureza sempre provisória e de que, a partir de uma perspectiva enunciada, explicitada previamente e construída com rigor, cumpriria seu objetivo maior ao se colocar e fundamentar um ponto de vista de acordo com o debate suscitado por seus referenciais teóricos. Seria um ponto de chegada que pudesse conduzir a novos pontos de partida.

Os limites do presente estudo já foram discutidos à luz do delineamento e metodologia da pesquisa.

Conviria reforçar, no entanto, que de acordo com a estratégia de pesquisa adotada de “Estudo de Caso” os resultados obtidos não teriam a pretensão de serem generalizados, pois foram produtos da investigação de um fenômeno contemporâneo em seu contexto de vida real e os limites entre esse fenômeno e o seu contexto não seriam claramente definidos (YIN, 2005). Desse ponto de vista seus resultados não visaram enumerar frequências – “generalização estatística” –, mas sim expandir e generalizar teorias ou de outra forma realizar uma “generalização analítica”.

Extremamente pertinente às necessidades de cuidados, assistência e apoio às demandas no âmbito da APS e da ESF, o programa implantado e investigado, como tema dessa pesquisa, mostrou alguns resultados e desafios, sejam aqueles derivados e específicos à sua área mais restrita e específica de atenção em saúde mental, sejam daqueles derivados de sua implantação e adequação nesse contexto assistencial.

O recorte realizado destacou a impossibilidade de se dissociar a investigação da implantação de um programa como esse, na ESF, sem examinar também o contexto de implantação da própria ESF. Um recorte,

diferente poderia comprometer propósitos avaliativos das possibilidades de integração de cuidados de saúde que se apresentam às populações assistidas de forma muito fragmentada.

A investigação a partir da perspectiva dos profissionais e usuários e apoiada pela pesquisa documental enriqueceram sobremaneira a abrangência do campo, pela multiplicidade de evidências colhidas e investigadas à luz dos referenciais teóricos enunciados, proporcionando um diálogo proveitoso.

Percebeu-se a necessidade de maior supervisão e apoio à formação dos profissionais, com destaque para aquelas com características de educação permanente e treinamento no próprio contexto do trabalho, evidenciada no cotidiano das práticas realizadas e trazidas pela implantação do programa de apoio.

As percepções colhidas revelaram o grande potencial para mudança dos processos e práticas de trabalho em saúde, estimulado pelo processo matricial, que redundam na facilitação de vínculos e cuidados para com os usuários e para a integração de ações de saúde entre os profissionais de diferentes níveis de atenção.

As potencialidades presentes nas concepções e diretrizes apregoadas na ESF revelaram-se, no contexto investigado, como uma realidade ainda longe de ser alcançada pelos profissionais entrevistados. Normas, concepções e diretrizes abrangentes e pouco estratégicas acabam por se contrapor aos seus próprios objetivos.

A concepção de uma “cesta seletiva” de ações orientadas epidemiologicamente e pouco discriminativas para com outras necessidades e demandas de uma metrópole como São Paulo, compromete sua legitimação social, como revelado na pesquisa de campo.

Essa orientação empobrece o trabalho dos profissionais que, nos depoimentos colhidos, parecem executar ações de caráter burocratizado e pouco permeáveis às ações de maior escuta e acolhimento.

Ações de Prevenção e Promoção da Saúde não se mostraram práticas presentes no cotidiano das unidades de saúde, a despeito das

diretrizes apregoadas e das motivações dos profissionais, que dispensam a maior parte de seu tempo a outras ações.

O Programa de Apoio conquistou uma boa e entusiasta adesão dos profissionais da ESF, mas alcançou resultados ainda insuficientes para garantir uma maior integração dos cuidados entre os demais níveis de atenção além da APS e modificar em maior escala a fragmentação dos cuidados de atenção, não se distinguindo, porém dos demais problemas de saúde, que, não sendo também prioritários pelas diretrizes da ESF, logram resultados desanimadores quando buscam outros níveis de atenção.

Algumas variáveis saltaram aos olhos e, ao serem levadas em conta poderiam indicar rumos para se alcançar um grau maior de implantação:

- ✓ O processo de trabalho não abarcou a totalidade dos profissionais das equipes da ESF, notadamente os auxiliares de enfermagem e os ACS, que poderiam enriquecer a construção dos saberes indicando e fortalecendo aspectos importantes e doutrinários como a ampliação do vínculo;
- ✓ A equipe de apoio constituída apenas por um médico psiquiatra com apenas 20 horas de carga semanal implicou o reforço do modelo biomédico nas intervenções de saúde por um lado, e, por outro implicou em óbvia sobrecarga para o mesmo.
- ✓ Centros de decisão superiores poderiam ser sensibilizados tendo em vista a possibilidade de mudanças que poderiam operacionalizar mudanças organizativas e propiciar melhores condições de integração do programa.

A pesquisa da produção ambulatorial regional e micro regional no período pesquisado demonstrou o crescimento expressivo do acesso e de ações de saúde em geral, principalmente pela maior oferta de serviços médicos para a chamada demanda espontânea (AMAs) com impactos na ESF. Percebeu-se, no entanto evidências de uma demanda ainda reprimida no que tange ao nível de atenção especializada, notadamente em saúde mental.

Pode-se ver com otimismo que um grau maior de implantação possa ser alcançado pela incorporação das equipes dos “Núcleos de Apoio à Saúde da Família”, estimulada por incentivos e investimentos federais. O planejamento das ações, no entanto, com respeito aos resultados colhidos, a ser realizado de forma mais participativa, estratégica e descentralizada poderia redundar em maior efetividade dessas ações de saúde.

Essa pesquisa se deparou com a dependência e centralidade do modelo hegemônico biomédico presentes nas concepções e práticas de saúde dos profissionais entrevistados e na relação com os usuários, na ênfase destinada à assistência individual. Isto pôde ser especialmente demonstrado também quando foi reconhecida, no programa de apoio à saúde mental, entre outros aspectos, uma maior possibilidade de acesso ao cuidado médico individualizado. No entanto não se objetiva aqui sua desqualificação, mas apontar as dificuldades que se superporiam ao se inserirem essas ações de saúde mental na racionalidade de uma concepção normativa apoiada epidemiologicamente em outras prioridades.

A esse propósito, o trabalho defende uma posição, a qual, para que nas ações de saúde sejam exigidas e preconizadas práticas fundadas em princípios científicos comprovados, legitimados socialmente, apoiadas no saber médico (embora não somente), e, por outro pudessem conter princípios como humanização, acolhimento e vínculo. Uma dicotomia reducionista oporia falsamente esses conceitos como excludentes entre si, não percebendo sua “potencialização” recíproca nas práticas e nos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da ESF.

Pode-se afirmar que a boa adesão por parte dos profissionais participantes do programa apontou predominantemente a necessidade de uma melhor resolutividade, em suas ações de saúde, quanto às grandes demandas em Saúde Mental percebidas nesse nível de atenção, como prioridades epidemiológicas que não foram contempladas no planejamento e nem suficientemente, em suas formações curriculares, treinamento de habilidades e capacitações para um manejo mais sustentável nesse nível de atenção.

Expostos a essas demandas, limitavam-se às condutas observadoras e impotentes e resignavam-se ao chamado processo de “encaminhoterapia” para outros níveis de atenção que, mal dimensionados e desarticulados, provocaram um desgaste considerável no cotidiano e na legitimação social do trabalho desenvolvido por esses profissionais.

Há de se reconhecer, no entanto, os limites de um programa de apoio, ainda mais, parcialmente implantado, quanto às possibilidades de ampliação das concepções e saberes determinantes dos processos de trabalho e, por conseguinte, em sua apropriação coletiva, que apontassem para mudanças das práticas desses profissionais mais consoantes, ao poderem contemplar outras dimensões envolvidas, com o princípio da Integralidade apregoado como uma imagem-objetivo da ESF.

Os resultados foram piores para a busca de soluções que apontassem para práticas de Prevenção e Promoção da Saúde que pudessem integrar-se para os cuidados à saúde mental no contexto estudado.

As percepções registradas e analisadas dos usuários portadores de transtornos mentais e seus familiares vislumbraram um amplo leque de ações que contemplassem necessidades que iriam além da redução sintomatológica e cuidados individuais exercidas pela Psiquiatria, como o apoio cotidiano e permanente na enorme e incapacitante sobrecarga familiar concomitante e o combate ao estigma e discriminação experimentados. As diretrizes da ESF, se de fato, puderem ser incorporadas nas práticas dos profissionais estariam em sintonia com esses objetivos, principalmente o da Integralidade em seu sentido mais amplo e não reducionista.

Para isso, necessário seria, que, no planejamento das ações e diretrizes da ESF, esses problemas de saúde fossem considerados em sua dimensão epidemiológica - em seus impactos – para que o sofrimento social dessa população ganhasse visibilidade e fosse incluída de forma prioritária, para tentar mitigá-lo.

Um planejamento, ainda que não só reconhecesse, mas que facilitasse e integrasse um melhor acesso ao tratamento clínico ampliado e

multiprofissional também focado no controle e alívio do sofrimento produzido pelos transtornos que exibem, e que fosse capaz de orientar e planejar ações de maior proteção, prevenção, promoção, de criação de vínculo, enfim, de articulações visando ao fomento de criação de espaços de convivência que trouxessem alívio ao sofrimento em sua dimensão social.

Uma delimitação teórica e norteadora de Integralidade, que pudesse ser compartilhada ao fim desse trabalho como um de seus produtos e contribuições, seria poder partir de um princípio ético de convergência e integração de saberes que, *a priori*, incluísse e integrasse o conhecimento acumulado da Medicina e não permitisse sua desqualificação pura e simples, sob o risco de reproduzir-se uma simplificação reducionista que se almeja superar.

Enfatizou – se essa premissa, pois se observou na pesquisa inicial do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a adoção de referenciais teóricos que associaram e confundiram, de forma reducionista e simplificadora, com o princípio social da exclusão e confinamento, a busca e o desenvolvimento de um conhecimento que pudesse ser sistematizado, que apregoaram uma ruptura epistemológica com a Medicina Psiquiátrica e a desqualificaram como detentora de um saber que pudesse beneficiar os indivíduos.

Assim as implicações derivadas dessa discussão sobre Integralidade desdobram - se nos níveis e dimensões epistemológicas e impactaram o “modelo tecnológico” (compreendido como as práticas e processos de trabalho), e além dessas, nas dimensões do polo organizacional/economia de produção de serviços denominado como “modelo assistencial”.

A implantação de um programa de apoio com características de matriciamento na ESF favoreceria a obtenção de resultados para cumprir objetivos preconizados por princípios como os da Integralidade e Longitudinalidade, pois ganhariam maior visibilidade, potência e importância, como ademais reveladas nessa pesquisa. Pois sua potência, para abarcar – los estaria calcada em novas formas consensuais de trabalho que não se

conseguiriam modificar-se por normas excessivamente verticalizadas, como aqui foram percebidas.

Apoiando-se ainda em MERHY (1997), seriam nas descontinuidades e “ruídos” provocados nos interstícios dos processos instituídos do cotidiano, percorridos por esses profissionais, no trabalho em saúde caracterizado como centralizado no “trabalho vivo em ato” é que poderia se caminhar predominantemente para a utilização das ferramentas proporcionadas pelas “tecnologias leves” (sem desconsiderar, no entanto, as “tecnologias duras” e “leve duras”) que seriam aquelas relacionais, produtoras de vínculo, autonomização e acolhimento.

Nesse sentido a busca de uma “clínica ampliada” para CAMPOS (1997) incorporaria a singularidade do sujeito doente, sem deixar de levar em conta seu saber técnico estruturado (a ontologia das doenças) e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção.

Portanto estaria se falando em uma clínica que poderia ser revalorizada nos arranjos matriciais e nunca desqualificada, ao contrário enriquecida, pois a clínica sempre guardaria um encontro singular, ou seja, capaz e potente na liberação de um trabalho vivo e relacional que escapasse dos limites dos conhecimentos estruturantes. Poderia – se dizer ainda que a concepção do chamado “trabalho vivo em ato” poderia incluir, além da relação profissional – usuário, a relação profissional-profissional proporcionada nos arranjos matriciais.

Caberia, portanto defender a Integralidade como um valor sustentável pelos profissionais em suas ações de saúde e concordar com autores presentes na discussão dessa pesquisa, que asseverariam para a mesma, não a condição de um conceito, mas um ideal regulador e um devir e como um ideal de objetividade que pudesse ser apreensível cientificamente e que embora inalcançável, tornar-se-ia indispensável.

Não há prática sem uma teoria que a oriente e desenvolver um projeto ou programa de saúde, não seria apenas uma tarefa do domínio da Técnica. Como domínio do Social, deve necessariamente submeter-se ao

campo dos atores políticos e aí buscar uma articulação que permita seu desenvolvimento, como intervenção.

Conclui-se pela pertinência de se desenvolverem novos estudos sobre o tema da implantação e integração programática de ações de saúde mental no universo da APS, que, além de superarem os limites desse, pudessem contemplar outras visões e outros desenhos metodológicos como os de caráter avaliativo e estudos de impacto. Se este estudo pudesse ter cumprido a missão de estimular e apontar essa direção, um objetivo importante já teria sido alcançado.

Mais importante ainda seria poder contribuir para o esforço de efetivação daquilo que já se garantiu como direito e está inscrito como da “Ordem Social” na Constituição da República Federativa Brasileira – a “Constituição Cidadã” - assegurando a universalidade e equidade como princípios básicos nas ações de saúde, supremo dever do Estado.

Reservar esse espaço final para as utopias suscitadas no campo da saúde, em sua busca incessante na melhoria na qualidade da vida, seria, pois, defender a universalidade do estatuto da cidadania e dos direitos sociais, e organizar os serviços e as ações de saúde ao alcance daqueles que mais necessitam e não na lógica contrária, na qual é o cidadão que gravita ao redor dos serviços organizados, que, muitas vezes e de forma impermeável funcionam, a prover o cuidado, um bem, maior de todos:

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

- “Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que, entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil” (Gaius Julius Hyginus, Fábula-mito do Cuidado)

“Húmus:
terra fértil.

Homem:
terra vazia
à espera
de um olhar,
de um cuidar,
de um semear...”
(SANGUINETTO, 2006)

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria. Proposta de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro; 2006 [acesso em 12 out. 2009]. Disponível em: http://www.abpcomunidade.org.br/diretrizes/diretrizes_final.pdf

Aggege S. Sem hospícios, morrem mais doentes mentais. O Globo. 2007 set. 9; Seção O País:14.

Alegria M, Kessler RC, Bill R, Lin E, Heeringa SG, Takeuchi DT, et al. Comparing mental health service use data across countries. In: Andrews G, editor. Unmet need in mental health service delivery. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 97-118.

Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatry. 1997;171:524-9.

Almeida ES, Reis AAC, Zioni, F. Políticas públicas e organização e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Márcia Faria Westphal MF, Almeida ES, organizadores. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: Edusp; 2001. p.13-50.

Almeida PF. O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Alvarenga A T. A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. Saúde Soc. [periódico na internet]. 1994. [acesso em 3 maio 2009];3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200003&lng=pt&nrm=iso>.

Alves PC. Fenomenologia e as abordagens sistêmicas. Cad Saúde Pública. 2006;22:1547-54.

Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev Saúde Pública. 1997;31:288-95.

Amarante P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz;1995.

Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro; Fiocruz;1996.

Andrade LHSG, Lólio CA, Gentil V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São

Paulo, Brasil. Rev Psiqu Clín [revista na internet]. 1999 [acesso em 25 Jun. 2002];26:257-61. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>

Andrade LH, Viana MC, Tófoli LFF, Wang YP. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 2007;20:263-71.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Martins TJ. A estratégia saúde da família no Brasil e a superação de medicina familiar. Sanare: Revista de Políticas Públicas [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2 dez. 2009];4:57-64. Disponível em: http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare_v4_n1.pdf

Andrade LOM, Barreto ICHC, Goya N, Martins TJ. Estratégia saúde da família em Sobral. Sanare: Rev Pol Públicas. 2004;1:9-20.

Andrade LOM, Barreto IVHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond MJ e Carvalho YM (orgs.). Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 783-836.

Andrade NHS, Zanetti ML, Santos MA. Percepção visual de pacientes com retinopatia diabética, segundo o referencial de Merleau-Ponty. Rev. enferm. UERJ. 2008;16:249-54.

Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MDML, Mari JJ. Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget? The case of Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29:43-6.

Angold A, Costello JE, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatr. 1999; 40:57-87. 2001

Antunes EH. Saúde mental em atenção primária no Estado de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1998.

Antunes EH, Barbosa. LHS, Pereira LMF, organizadoras. Psiquiatria, loucura e arte. São Paulo: Edusp; 2002.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry. 2001;178:228-33.

Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? J Epidemiol Community Health. 2003;57:501-5. Bachrach LL. General hospital psychiatry: overview from a sociological perspective. Am J Psychiatry. 1981;138:879-87.

Banco Mundial. World development report 1993: investing in health. Nova York; 1993.

Bandeira M, Lesage A, Morissette R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. J Bras Psiquiatr. 1994;43:659-66.

Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. J.Bras. Psiquiatr. 2005;54:34-46.

Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2007;56:41-7.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1988.

Barrio, LR , Corin, E, Poirel, ML, Drolet, M, Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais: negociação, cidadania e qualidade dos serviços. In: , Bosi, MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

Bastos O. Primórdios da psiquiatria no Brasil. Rev psiquiatr RS. 2007;29:154-5.

BAUM, F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, New York, n.40, p.459-468. 1995.

Bezerra B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra B, Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 113-26.

Birman J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad Saúde Pública. 2008;24:456-68.

Brêda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6:471-80.

Brundtland GH. Mensagem da Diretora-Geral. In: OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001. p. 6.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paideia Saúde da Família. 2001 [acesso em 29 jul. 2007]. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolos_mental

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.

Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las no SUS. Cad Saúde Pública. 1997;13: 141-5.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4:393-404.

Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos GWS, Domitti AC; Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23:399-407.

Carneiro MB, Gouveia VV, coordenadores. O médico e o seu trabalho. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2004.

Carvalho CAP, Marsicano JÁ, Carvalho FS, Sales-Peres A, Bastos JRM, Sales-Peres SHC. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. Arq Ciênc Saúde. 2008;15:93-5.

Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-27.

CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim". Organização Social. Gestão Saúde M' Boi Mirim. Contrato de gestão nº 03/2007- NTCSS-SMS: microrregião M' Boi Mirim: outubro de 2007 [internet]. São Paulo: 2007 [acesso em 11 out. 2009]. Disponível em: <http://www.saudeprev.com.br/os2/os/relatorio/2007-10/index.Toc183391072>

Cerqueira L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.

Chauí M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática; 2000.

Chaves CV. *As interações entre o setor saúde e a saúde mental a partir das estatísticas de ciência e tecnologia [tese de doutorado]*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

CIDH – Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Ximenes Lopes versus Brasil: sentencia de 4 de julio de 2006 (mérito, reparaciones e costas)*. Costa Rica; 2006 (acesso em nov. 2009). Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [<http://cnes.datasus.gov.br>] 2009 [acesso em 20 out.2009]

Coelho FVS, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2009 [acesso em 1 jun. 2009];25:898-906. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&lng=pt.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília, DF; 2007. (Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS, 8).

Corrigan P, Lundin R. *Don't call me nuts: coping with the stigma of mental illness*. Illinois: Abana; 2001.

Corrigan PW; Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatric*. 2002;1:1.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das praticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-60.

Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiquiatr*. 1999;26:246-56.

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. *Psiquiatria: a realidade da assistência ao doente mental no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro; 2007.

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado São Paulo. Entrevista: Em conversa informal, Eliana Gonçalves e Itiro Shirakawa falam do novo modelo para a Saúde Mental. J Cremesp. 2007 [acesso em 14 nov 2009]; 234. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&id=789>

Crowe JP, Ferreira SL. Jardim Ângela: em defesa da vida. Divulg Saúde Debate. 2006;(35):85-91.

Dalgalarrrondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral Rev Saúde Pública. 2003;37:629-34.

Delgado PG. As razões da tutela. Rio de Janeiro: Te Corá; 1992.

Delgado PG, Gomes MPC, Coutinho ESF. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Cad Saúde Pública. 2001;17:452-3.

Delgado PGG; Weber R. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. Rev Bras Psiquiatr 2007;29:188-99.

Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Dimenstein M. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental. 2005 [acesso em 10 out. 2009];3. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso

Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. Br J Psychiatry. 1987;150: 285-92.

Favoretto CAO, Camargo Junior KR. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2002;12: 59-75.

Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. J Chron Dis. 1970;23:455-68.

Foucault M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva; 2002.

Fraga APV. Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental [dissertação de mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 1997.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15:345-53.

Frank RG, McGuire TG. A review of studies of the impact of insurance on the demand and utilization of specialty mental health services. *Health Serv Res.* 1986;21:241-65.

Freitas FFP. A história da psiquiatria não contada por Foucault. *Hist. cienc. Dez. saude-Manguinhos* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 17 dez. 2009];11:75-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000100005&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-59702004000100005.

Furtado JP, Bagnola EPP, Sordi GS, Romanelli R. Le déplacement des patients et des professionnels vers La communauté dans un service de santé mentale à Campinas, Brésil. In: *Annales du Congrès Mondial de Réhabilitation Psychosociale*; Geneva: World Health Organization; 2000. p. 60-1.

Gallagher SK, Mechanic D. Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Soc Sci Med.* 1996;42:1691-701.

Geraldes PC. [Reforma psiquiátrica]. *Olhar Vital* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 10 out. 2009];52. Disponível em: http://www.olharvital.ufrj.br/2006/index.php?id_edicao=052&codigo=4.

Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.

Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: A bio-social model*. London: Tavistock/Routledge; 1992.

Gonçalves RBM. *Tecnologia e organização social nas práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo* [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1986

Gonçalves RR, Garcia FAF, Dantas, JB, Ewald AP. Merleau-Ponty, Sartre e Heidegger: três concepções de fenomenologia, três grandes filósofos. *Estud pesqui psicol.* 2008;8:402-35.

Goulart FAA. *Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?* [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; 2002.

Guglielmi MC. *A política pública "saúde da família" e a permanência – fixação – do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco* [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.

Ferreira Gullar: uma lei errada. Folha de São Paulo. 12 abr. 2009a [acesso em 22 nov. 2009]. Disponível em: <http://arquivoetc.blogspot.com/2009/04/ferreira-gullar-uma-lei-errada.html>

Ferreira Gullar: a sociedade sem traumas. Folha de São Paulo. 26 abr. 2009b [acesso em 24 nov. 2009]. Disponível em: <http://arquivoetc.blogspot.com/2009/04/ferreira-gullar-sociedade-sem-traumas.html>

Grob GN. Mental health policy in the liberal state: the example of the United States. *Int J Law Psychiatry*. 2008;31: 89-100.

Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciêns Saúde Coletiva*. 1999; 4:341-53.

Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health*. 1997;6:345.

Hinshaw S, Cicchetti D. Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure and social policy. *Dev Psychopathol*. 2000;2:555-98.

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2009;14:297-305.

Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2004.

Iacoponi E. The detection of emotional disorders by primary care physicians: a study in São Paulo, Brazil [tese de doutorado]. London: University of London, 1989..

Inojosa RM. Intersetorialidade e rede de compromisso social na metrópole paulista. In: Sousa MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 183-219.

Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;177:396-401.

Kaplan H, Sadock B. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.

Kessler RC, Frank RG, Edlund M, Katz SJ, Lin E, Leaf P. Differences in the use of Psychiatric Outpatient Services between the United States and Ontario. *N Engl J Med*. 1997;336:551-7.

Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res.* 2001;36:987-1007.

Kirschbaum DIR. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? *Cad IPUB.* 2000;6:15-36.

Kleinman A. The illness narratives: suffering , healing , and the human condition. New York: Basic Books, 1988.

Kleinman A, Das V, Lock M, editors. Social suffering. Berkeley: University of California Press; 1997.

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care .*Bull World Health Org.* 2004;82:858-66.

Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;18:229-40.

Kurihara T, Kato M, Sakamoto S, Reverger R, Kitamura T. Public attitudes towards the mentally ill: a cross-cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry Clinl Neurosci.* 2000;54:547-52.

Lago ERL, Cruz RB. Atención Primaria de Salud y medicina general integral. In: Sintés, RA. Temas de medicina general integral, salud y medicina. Havana: Ciencias Médicas; 2001. v. 1, p. 7-28.

Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciencias humanas. Porto Alegre: Artmed/Belo Horizonte: UFMG; 1999.

Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Jenkins R, Meltzer H. Socioeconomic status, standard of living and neurotic disorder. *Lancet.* 1998; 352:605-9.

Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav.* 1997;38:177-90.

Losson J, Parrate J. Desinstitutionalization au Québec. *Inf Psychiatr.* 1988;64:1289-98.

Lougon M. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Reschetti S. Saúde mental no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:2033-42.

Lucchesi M. Estudo da viabilidade da implantação de uma unidade psiquiátrica em um hospital geral [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.

Lucchesi M, Malik AM. A viabilidade das UPHG no Brasil. *Ver Saúde Pública*. 2009; 43:161-8.

Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36:213-21.

Ludermir AB., Lewis G. Links between Social Class and Common Mental Disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36:101-7.

Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Machado R, organizador. *Danação da norma: a medicina e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Machado MH, coordenador. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38:831-65.

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Galvão CCL. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:1639-48.

Mari JJ, Jorge MR, Kohn R. in: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 119-41

Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary care clinics in the city of São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Soc Psychiatry*. 1987;22:129-138.

Marques C, Nardi AE, Figueira I, Mendlowicz M, Andrade Y, Camissão C, et al. Comorbidade: conceito e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. *Série Psicofarmacologia* – 23. *J Bras Psiquiatr*. 1994;43:117-21.

Mateus MDML. Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Unifesp; 2009.

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3: e442.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco; 2001 p. 39-64.

_____. A integralidade na prática. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:1411-6.

Medeiros, T.A. A formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ; 1977.

Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. Território: conceito chave; p.166-9.

Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.248

_____. EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. v. 2.

_____. EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde. um desafio para o público*. São Paulo; Hucitec; 1997. p. 71-113.

Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999

Mesgravis L. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599-1884): contribuição ao estudo da assistência social no Brasil. São Paulo: Conselho Estadual de Cultura; 1976.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec: Abrasco; 2004.

Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. 1992. Brasília; 1994.

Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF; 1996.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Programas e Projetos. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental: 1990-2002. 3. ed. Brasília; 2002a. (Série E. Legislação de Saúde).

Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde. Relatório final da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002b.

Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário. Brasília; 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. Brasília; 2004a. (Série Legislação em Saúde, 4).
Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004b. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília : Ministério da Saúde; 2005b. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília – DF, 2006a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006b, v. 4).

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília; 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília, 2006d [acesso em 10 de out. 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília; 2007a. 78p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica 4.ed. Brasília; 2007b. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4) Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Total de Agentes Comunitários de Saúde, equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal, em atuação: competência dezembro/2008. Brasília; 2008a [acesso em 11 dez. 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008b

Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 6 [periódico na internet]. 2009a [aceso em 1 dez. 2009];6(6). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.

Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília; 2009b [acesso em 15 maio 2009]. Disponível em: [\[http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf\]](http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf)

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Brasília, 2009c. [acesso em 12 ago 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php; 2009b

Miranda-Sá S. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Psiquiatria RS*. 2007;29:157.

Modesto TN, Santos DN. Saúde mental na atenção básica. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31:19-24.

Moore D, Castillo E, Richardson C, Reid RJ. Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990-1998. *Int J Health Plan Manage*. 2003;18:279-92.

Morais MLS, Feffermann M, Fernandes M, Figueiredo R, Paula SHB, Venancio SI. Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. *Saúde Debate*. 2009;33:112-28.

Moreira, V. Critical phenomenology of depression in Brazil, Chile and the United States. *J Lat Am Fundam Psychopathol*. 2007;7:193-218.

Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Massachusetts Harvard School of Public Health para a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial, 1996a (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I.)

Murray CJL, Lopez AD, organizers. Global health statistics. Cambridge, MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank 1996b. (Global burden of disease and injury series, 2).

Nobrega TP. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. *Estud Psicol*. 2008;13:141-8.

Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública* [periodico na internet]. 2007 Oct [cited 2008 Apr 13];23(10):2375-384. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000012

Nunes M; Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Supl. 1):101-8.

Olfson M, Kessler RC, Berglund PA. Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*. 1998;155:62-9.

Oliveira M. Falta de leitos dificulta tratamento de viciados em crack, dizem médicos. G1. Globo.com. 2009 [acesso em 17 nov. 2009]. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1357266-5598,00.html>.

Oliveira e Silva JM; Lopes LRM; Diniz MNF. Fenomenologia. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61,n.2:254-7.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001. (Relatório sobre a saúde no mundo, 2001)

OMS – Organización Mundial de la Salud. Programa de acción mundial em salud mental. Genebra; 2002.

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2006; 5:1053-62.

PAHO – Pan American Health Organization. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas; Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Regional Office of the World Health Organization. 2005 [acesso em 20 set. 2009]. Disponível em: http://www.amro.who.int/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf agosto, 2005

Pai S, Kapur RL. Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychol Med*. 1982;12:651-8.

Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Org*. 2003;81;609-15.

Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*. 2004;11:241-58.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35:103-9.

Peluso ETP. A percepção pública de transtornos mentais na cidade de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.

Pessotti I. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34; 1996.

PMSP – Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Painel de monitoramento das condições de vida e saúde e da situação dos serviços de saúde: avaliação da equidade: índice-saúde 2005 por subprefeitura e tendência nos últimos anos. São Paulo; 2006a.

PMSP – Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Diretório de bases de dados – DBD. São Paulo; 2006b.

PMSP – Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Planejamento. Departamento de Estatística e Produção de Informação. Município em Mapas. São Paulo; 2008.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasil [homepage na internet]. [acesso em 12 ago 2009]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/home/index.php>

Pondé MP, Mendonça MSS, Caroso C. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. História, Ciências, Saúde Manguinhos. 2009;16:129-43.

Porter R. Madness: a brief history. Oxford: Oxford University Press; 2002.

Portocarrero V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Raimundo OAMG, Dalgalarrodo P. History of the first institutions for the insane in Brazil. Hist Cienc Saúde. 2005;12:983-1010.

Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Costa N, Tundis S, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987.

Ribeiro FA. Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2007.

Rosen G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista; 1994.

Russell-Wood AJR. Fidalgos e filantropos: a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília, DF: UNB; 1981.

Sampaio JJ. Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 1988.

Sanguinetto EC. Jardim dos sonhos semeados. 2006 [acesso em 16 maio 2006]. Disponível em: <http://www.apoema.com.br/encantamento.htm>
Saraceno B, Barbato A. Evaluation of psychiatric rehabilitation. Int J Ment Health. 1995;24:93-104.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA A, organizador. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.

Schepper-Hughes N. Has deinstitutionalization failed? Caveats and lessons from U.S. and Italy. In: Regagard anthropologiques en psychiatrique. Montreal: Girame; 1988, p. 161-77.

Schraiber LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. Educ Méd Salud.1993; 27:295-313.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciên Saúde Coletiva. 1999;4:221-42.

Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC Et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciên Saúde Coletiva. 2004;9:897-908.

SEADE- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. [acesso em 28 jan. 2008]. 2008 Disponível em: http://www.seade.gov.br/master.php?opt=abr_not¬a=1029

SEADE- Fundação Estadual de Análise de Dados. Indicadores selecionados. 2009 [acesso em 12 ago. 2009]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/msp/tabela_sintese.htm

Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, Wulu J. Primary Care, Infant Mortality, and Low Birth Weight in the States of the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:374-80.

Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landronia MAS, Waldmana CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso nos centros de referência para DST/AIDS. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(supl.):108-16.

SIMERS - Sindicato Médico do Rio Grande do Sul. Falta de leitos dificulta tratamento de viciados em crack, dizem médicos. 2009 [acesso em 11 nov. 2009]. Disponível em : http://www.simers.org.br/cms/php/site_monta_internas.php?area=sindicato&id_item=3&tabela=site_temas

Sousa MF, Hamann, EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14:1325-35.

Souza AIJ, Erdman AL. Percepção: uma reflexão teórica a partir de Maurice Merleau-Ponty. *Rev Baiana Enferm*. 2003;18:75-87.

Souza, WS. Moreira, MCN. The topic of humanization within healthcare: some issues for debate. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2008;12:327-38.

Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA*. 2000;284:483-5.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito: Contribuição das Ciências sociais para a fundamentação teórica metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
Sucupira AC. Marco conceitual da promoção da saúde no ESF. *Sanare. Rev Polít Públ*. 2003;1:11-4.

Tansella M. Community based psychiatry: long-term patterns of care in South- Verona. *Psychol Med*. New York: Cambridge University Press; 1991. (Monograph supplement, 19).

Teixeira M. Entrevista a Valentim Gentil Filho sobre políticas de Saúde Mental. *Rev Latinoamer Psicopatol Fundam*. 2007;9:16-31.

Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2 nov. 2009];32:149-

59. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300007&lng=en: 10.1590/S0101-60832005000300007.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist Cienc Saúde Manguinhos*. 2002;9:25-59.

Thiollent MJM. Crítica metodológica: investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis;1987.

Thornicroft G, Tansella M. The mental health matrix: a manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.

Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. 2007;190:192-3.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. 4. ed. São Paulo: Atlas; 1987.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. Presidente da ABP reafirma “Diretrizes” no Congresso Nacional. Newsletter. [s.d.] [acesso em 9 out. 2009]. Disponível em:
http://www.uniad.org.br/index.php?view=article&catid=29%3Adependencia-quimica-noticias&id=2241%3Apresidente-da-abp-reafirma-diretrizes-no-congresso-nacional&format=pdf&option=com_content&Itemid=94

Unger JP, Killingsworth J. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Sci Med*. 1986; 22:1001-13.

Vasconcelos E M.. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Villalbi JR, Passarin M, Montaner T, Cabezas C, Starfield B. Evaluation of Primary Health Care. *Acen Primaria*. 2003;31:382-5.

Villano LA. Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1998.

Villela WV, Araújo EC, Ribeiro SA, Cuginotti A P, Hayana ET, Brito FC et al . Desafios da atenção básica em saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2009 [acesso em

20 jul. 2009].22:1316-24.Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600014&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2009000600014.

Vuori H. Primary health care in Europe: problems and solutions. *Comm Med*. 1984;6:221-31.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupo Focal: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996;120:472-82.

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL Avaliação de programas: concepções e Práticas. São Paulo: Gente; 2004.

WHO - World Health Organization. Organization of mental health services in developing countries.. Genebra; 1975. (Report of WHO Expert Committee on Mental Health, 60)

WHO - World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe conjunto del Director General de La Organización Mundial de La Salud e del Director Ejecutivo del Fondo de Las Naciones Unidas para La Infancia. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud;1978 Sep. 6-12; Alma-Ata, URSS.

WHO - World Health Organization. Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. Genebra; 1984. (Technical Report Series, 564/2).

WHO - World Health Organization. The Ljubljana charter on reforming health care. Geneva; 1996.

WHO - World Health Organization. An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: Nations for Mental Health. Genebra; 1997. (WHO/MSA/NAM/97.3)

WHO - World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross- national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Org*. 2000;78:413-25.

WHO - World Health Organization. Mental health atlas. 2005 [acesso em 15 maio 2009]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf.

Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1994;2: 557-66.

Worthen BR, Sanders, JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de Programas Sociais*. 1ª ed. São Paulo: Instituto Fonte – Ed. Gente, 2004. p. 31-5.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Zioni F, Souza DV. Pesquisa social: métodos aplicados ao saneamento. In: Philippi AJ, organizador. Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri: Manole; 2005. p.599-622.

Anexo 1 - Instrumento de coleta de Dados**Roteiro para Entrevistas Semi - Estruturadas para Gerentes**

I – IDENTIFICAÇÃO : Nome, idade, formação (graduação ,especialização - inclusive ultima - ano), outra ocupação atual , trajetória profissional. (tempo de inserção em serviço publico e no cargo atual)

II – GERENCIA DA UNIDADE E DO PROGRAMA

Descreva sua Unidade: Tipo, Recursos Humanos e Materiais, Gestão Administrativa, Técnica e de Pessoas. Área da abrangência da Unidade, Famílias cadastradas.

Quais os principais problemas de Saúde desta população?Que tipo de recursos esta população tem para enfrentá-los?Qual é o grau de acesso oferecido?

Como esta unidade tem enfrentado esses problemas? Recebem apoio do gestor?

descreva suas atividades no cotidiano.

Como é o trabalho nessa Unidade? O Processo é participativo?

Como você vê o PSF na sua Unidade? Você tem alguma percepção do que a população acha? E da sua Equipe de trabalho?

Descreva o Programa de apoio à saúde mental. Tempo de implantação, temas abordados nas reuniões, grau de sua participação e frequência. Qual o seu papel nesse programa?

Compare os problemas de Saúde Mental desta população diante dos demais problemas de saúde. Qual é a sua opinião? Recebe apoio do gestor para resolvê-los? Que tipo de recurso, esta unidade dispõem para enfrentá-los? Melhorou o acesso da população? E a integração com outros dispositivos de atenção nessa região?

Como é o processo de trabalho do Programa de Saúde Mental desta unidade? Ele poderia funcionar melhor?De que forma?O que sua Equipe acha?Como você tem participado?

Realce os Pontos positivos e Negativos do Programa. Avalie o que precisa melhorar para atingir seus objetivos.

Anexo 2 - Instrumento de coleta de dados**Roteiro para entrevistas Semi-Estruturadas para Médicos**

I. - IDENTIFICAÇÃO: Nome, idade, ano de formação, graduação, especialização – inclusive última - outro emprego ou ocupação atual, trajetória profissional. (tempo serviço público e no cargo atual).

II. - PROCESSO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Por que você veio trabalhar aqui? Quais foram as suas expectativas em relação ao trabalho que você faz nessa unidade? Você tem outra atividade profissional, em outro local?

Descreva suas atividades na assistência. Carga horária. Você faz atendimento domiciliar? Quanto?

Quais são os principais problemas de saúde que você assiste nessa população? Como você os enfrenta? Sua especialização é importante nesse trabalho?

Quais os recursos que o gestor coloca à sua disposição? Eles são suficientes? De que forma a gerência lhe apóia?

O que você acha do PSF na sua unidade? Descreva o cotidiano de suas atividades dentro da equipe. Vocês discutem o trabalho? Avaliam? De que forma?

Como você vê os problemas de saúde mental da população assistida por você? Qual a importância desses? Você se acha responsável por este atendimento? Qual o grau de manejo que você tem, para enfrentá-los? Como você faz? Como você gostaria de fazer? Sua equipe lhe ajuda? Quando você encaminha para outros serviços? Faltam recursos na região?

Como você vê o Programa de apoio à saúde mental? Você participa de que forma? Este Programa lhe proporcionou apoio no manejo de seus pacientes? De que forma? Sua percepção mudou? De que forma?

Realce os pontos positivos e negativos deste Programa. Como faria para melhorá-lo? Avalie em relação aos objetivos alcançados.

Anexo 3 - Instrumento de coleta de dados

Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada para Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde

I. - IDENTIFICAÇÃO: Nome, idade, formação (graduação e especialização), ano de Graduação, última especialização (ano), outro emprego ou ocupação atual, trajetória profissional. (tempo de serviço publico e no cargo atual).

II. - PROCESSO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA.

Por que você veio trabalhar aqui? Quais foram as suas expectativas em relação ao trabalho que você faz nessa unidade? Você tem outra atividade profissional, em outro local?

Descreva seu cotidiano de trabalho. Suas atividades. Carga horária.

O que você acha do PSF na sua unidade? Sua equipe é apoiada pela gerencia? De que forma?

Seu trabalho é avaliado e compartilhado pela equipe? De que forma?

Você é muito solicitado pela demanda em Saúde Mental? Como você maneja para que esta demanda seja atendida? Sua equipe lhe ajuda?

De que forma você acha que esta demanda tem sido atendida nessa unidade? Ela tem sido acompanhada? Tem sido reconhecida, na importância e no grau que merece? Você acha que a população está satisfeita? Quando precisa, ela tem sido atendida em outros serviços? Quais?

Como você participa do Programa de apoio à saúde mental nessa unidade? Este Programa ajuda no seu trabalho? De que forma?

Você se lembra de algum caso em especial discutido e atendido por sua equipe? Você pode descrevê-lo?

Realce os pontos positivos e negativos do Programa. Como poderia melhorar?Avalie em relação aos objetivos alcançados.

Anexo 4 - Instrumento de coleta de Dados**Roteiro para Entrevistas Semi-Estruturadas para o Médico Psiquiatra de Apoio**

I - IDENTIFICAÇÃO: nome, idade, ano de graduação, especialização – inclusive última - outra ocupação atual, trajetória profissional. Tempo de serviço público e no cargo atual.

II. – PROCESSO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA.

Por que você veio trabalhar aqui? Quais foram as suas expectativas em relação ao trabalho que você faz nessa unidade? Você tem outra atividade profissional, em outro local?

Descreva seu cotidiano de trabalho. Suas atividades. Carga horária.

O que você acha do PSF nessa unidade?

A gerência conhece seu trabalho? Tem lhe apoiado?

Como você desenvolve o Programa de apoio à saúde mental?

Como tem sido a recepção, nas outras unidades, deste programa?

Você pode descrever onde existe maior ou menor resistência? Qual a natureza destas resistências ou mesmo facilidades?

Você tem sido muito sobrecarregado (a) com a demanda de saúde mental da região? De que forma?

Os encaminhamentos das outras unidades têm sido mais adequados?

Quando você precisa encaminhar pacientes? Você recebe apoio? De quem? Para que serviço você encaminha mais? Como tem sido seu contato com os médicos clínicos de outras unidades quando você avalia e reencaminha para a continuidade do tratamento?

Você recebe pacientes de outras unidades de nível secundário ou terciário?

Descreva o grau de gravidade de seus pacientes. Como tem observado o grau de adesão dos pacientes ao Programa?

Realce os pontos positivos e negativos do Programa. Avalie como pode ser melhorado em relação aos objetivos alcançados.

Anexo 5 - Instrumento de coleta de Dados**Roteiro para Entrevistas Semi-Estruturadas para os Usuários**

I. - IDENTIFICAÇÃO: Nome, naturalidade, idade, escolaridade, ocupação, fonte de renda, moradia própria ou não? Condições de moradia, com quem mora, composição da família.

II. - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA E NECESSIDADES.

Quem encaminhou você para este serviço de saúde?

A Equipe de saúde do Programa Saúde da Família, recebeu você bem?

Quem? Demorou muito?

Por que você frequenta o serviço? Há quanto tempo? Como é o atendimento que você faz? Que profissional atende você? A sua família faz parte do tratamento?

Você tem um medico psiquiatra que atende você, quando precisa?

O que você acha que você precisa fazer para ter mais saúde?

Você já foi atendido (a) em outra unidade de saúde? Qual? Já foi internado (a)?

Qual a principal vantagem de você ser atendido aqui?Você recebe apoio quando precisa? Por quem?

Você trabalha? Você acha que o problema que você tem, atrapalha a sua vida? De que forma?

Se você precisar de medicamentos para seu tratamento você consegue? Como?

O que falta nesse serviço de saúde para o seu tratamento? Que sugestão você daria?

Você acha que os profissionais que lhe atendem se interessam pelos seus problemas de vida?

ANEXO 6 : Termo de consentimento usuário / familiares **Universidade de São Paulo**
Faculdade de Saúde Pública

Avenida Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(usuários e familiares a serem entrevistados)**

Meu nome é José Moura Neves Filho, RG nº 4114556-2. Sou Médico Psiquiatra e aluno do curso de Pós – Graduação, nível mestrado, da Faculdade de Saúde Pública da USP e estou realizando uma pesquisa intitulada: Saúde Mental, Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família: a implantação de Unidades Básicas de Apoio em Saúde Mental na região sul do Município de São Paulo - um estudo de caso.

Esta pesquisa visa conhecer o que é positivo ou mesmo negativo nas opiniões dos usuários e / ou familiares sobre a assistência em saúde mental que já receberam ou estão recebendo nesta unidade de saúde ou em outras unidades em que já se trataram.

Este pesquisador, já identificado, garante que nada do que você ou seu familiar falar nesta reunião em grupo, suas opiniões, queixas, elogios, fatos mencionados, comentários, serão divulgados fora desta pesquisa. Está garantido que não poderá haver nenhum prejuízo em seu atendimento nesta ou em qualquer outra unidade de saúde relacionado ao que for falado nesta reunião. A sua participação será totalmente sigilosa e não haverá nenhuma menção ao seu(s) nome(s), de forma que possa identificá-lo. A reunião será gravada em fita cassete.

Esse Termo de Consentimento, em duas páginas, é feito em duas vias, sendo uma permanecerá em seu poder e a outra com o pesquisador responsável.

Havendo qualquer problema ou ainda, caso queira alguma informação adicional, o pesquisador poderá ser contatado no telefone constante deste Termo ou nos Comitês de Ética em Pesquisa da SMS-SP e FSP-USP, situados na cidade de São Paulo, respectivamente à R. General Jardim, 36-2º andar-fone 32184043 e Av. Dr. Arnaldo, 715-fone 30667779.

José Moura Neves Filho

Eu,.....
 afirmo que após ter sido informado(a) sobre os objetivos, procedimentos e ações da pesquisa acima intitulada, **concordei em participar, de maneira voluntária e não forçada**, da reunião de discussão sobre o problema, com o pesquisador acima identificado, que prometeu não revelar minha identidade ou divulgar qualquer comentário meu ou de meus familiares participantes de modo a prejudicar minha assistência em saúde nesta ou em qualquer outra unidade de saúde. Autorizo também a leitura de meu prontuário se assim necessário for de acordo com o Código de Ética Médica que já garante a confidencialidade do mesmo. O pesquisador se comprometeu em divulgar os resultados da pesquisa para o grupo posteriormente.

Estando de acordo com os termos desta pesquisa, assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nesta data.

São Paulo,.....de.....de 2009.

Nome: _____

RG: _____

Endereço:

Tel: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável: PROF^a.DR^a. Fabiola Zioni

Av. Dr. Arnaldo, 715. São Paulo. Tel: 30617757

Anexo 7: Termo de consentimento livre para profissionais **Universidade de São Paulo****Faculdade de Saúde Pública**

Avenida Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(profissionais participantes do programa a serem
entrevistados)**

Meu nome é José Moura Neves Filho, RG nº 4114556-2. Sou Médico Psiquiatra e aluno do curso de Pós – Graduação, nível mestrado, da Faculdade de Saúde Pública da USP e estou realizando uma pesquisa intitulada: Saúde Mental, Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família: a implantação de Unidades Básicas de Apoio em Saúde Mental na região sul do Município de São Paulo - um estudo de caso. Esclareço também que ocupo cargo de Assessoria Técnica de Saúde Mental na Coordenadoria Regional de Saúde Sul, mas não exerço qualquer linha de comando administrativo ou hierárquico sobre sua unidade administrativa, não considerando o Sr.(a) sob nenhuma subordinação hierárquica.

Esta pesquisa tem o objetivo geral de analisar os resultados e a elaboração dos processos de trabalho na implantação do Programa de equipes de apoio em Saúde Mental junto ao Programa de Saúde da Família, como formulação estratégica de integração de serviços de atenção à Saúde Mental na Atenção Primária de Saúde, na região do M'Boi Mirim, na zona sul do Município de São Paulo.

Para tanto, gostaria de contar com sua participação, por meio de entrevista a ser agendada conforme sua disponibilidade. Essa entrevista será gravada em fita cassete e depois transcrita e ficará à sua disposição, caso queira examiná-la. A sua participação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. As informações coletadas serão mantidas sob sigilo e em hipótese alguma colocarão sob risco a sua avaliação profissional e técnica e tampouco, serão reveladas integralmente ou em partes aos seus colegas profissionais ou superiores hierárquicos que trabalham no serviço que não sejam submetidas à sua explícita autorização.

Fica garantido que apenas o pesquisador terá acesso ao que for relatado. Seus dados pessoais serão mantidos em anonimato e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima.

Esse Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo uma permanecerá em seu poder e a outra com o pesquisador responsável.

O retorno da pesquisa será por meio da divulgação da dissertação. Havendo qualquer problema ou ainda, caso queira alguma informação adicional, o pesquisador poderá ser contatado no telefone constante deste Termo ou nos Comitês de Ética em Pesquisa da SMS-SP e FSP-USP, situados na cidade de São Paulo, respectivamente à R. General Jardim, 36-2º andar-fone 32184043 e Av. Dr. Arnaldo, 715-fone 30667779.

São Paulo, ____ de _____ de 2008

José Moura Neves Filho

Pesquisadora Responsável: PROF^a.DR^a. Fabiola Zioni

Telefones: Res: 30851103/ cel. 8211 2087

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) e consinto em participar da pesquisa

Nome:

RG:

Endereço:

Tel:

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é José Moura Neves Filho, RG nº 4114556-2. Sou Médico Psiquiatra e aluno do curso de Pós – Graduação, nível mestrado, da Faculdade de Saúde Pública da USP e estou realizando uma pesquisa intitulada: Saúde Mental, Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família: a implantação de Unidades Básicas de Apoio à Saúde Mental na região sul do Município de São Paulo - um estudo de caso.

Esta pesquisa tem o objetivo geral de analisar o impacto e os resultados da implantação de equipes de apoio à Saúde Mental junto ao Programa de Saúde da Família, como formulação estratégica de integração de serviços de atenção à Saúde Mental na Atenção Primária de Saúde, na região do M'Boi Mirim, na zona sul do Município de São Paulo.

Para tanto, gostaria de contar com sua participação, por meio de entrevista a ser agendada conforme sua disponibilidade. Essa entrevista ficará à minha disposição, caso queira examiná-la. A sua participação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa. As informações coletadas serão mantidas sob sigilo e em hipótese alguma colocarão em risco o seu acompanhamento e atendimento na unidade de saúde e, tampouco, serão reveladas integralmente ou em partes aos profissionais que trabalham no serviço.

Fica garantido que apenas o pesquisador terá acesso ao que for relatado. Seus dados pessoais serão mantidos em anonimato e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima.

Esse Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo uma permanecerá em seu poder e a outra com o pesquisado r responsável.

O retorno da pesquisa será por meio da divulgação da dissertação. Havendo qualquer problema ou ainda, caso queira alguma informação adicional, o pesquisador poderá ser contatado no telefone constante deste Termo ou nos Comitês de Ética em Pesquisa da SMS-SP e FSP-USP, situados na cidade de São Paulo, respectivamente à R. General Jardim, 36-2º andar-fone 32184043 e Av. Dr. Arnaldo, 715-fone 30667779.

São Paulo, ____ de _____ de 2008

José Moura Neves Filho

Pesquisadora Responsável: PROF^a.DR^a. Fabiola Zioni
Telefones: Res: 30851103/ cel. 8211 2087

Declaro que fui devidamente esclarecido (a) e consinto em participar da pesquisa

Nome:

RG:

Endereço:

Tel: