Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Mestrado em Saúde Pública
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Em Tempos de PSF...
Novos Rumos para Atenção em Saúde Mental?

por

Ândrea Cardoso de Souza

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr Francisco Javier Uribe Rivera

Rio de Janeiro, outubro de 2004

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Em Tempos de PSF...
Novos Rumos para Atenção em Saúde Mental?

por

Ândrea Cardoso de Souza

BANCA EXAMINADORA:

_____
Professor Doutor Francisco Javier Uribe Rivera (ENSP/FIOCRUZ)
Orientador

_____
Professora Doutora Claudia Mara de Mello Tavares (UFF)

_____
Paulo Duarte de Carvalho Amarante (ENSP/FIOCRUZ)

_____
Professora Doutora Vera Regina Salles Sobral (UFF)

_____
Professora Doutora Ana Luiza Stiebler Vieira (ENSP/FIOCRUZ)

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

S729t Souza, Ândrea Cardoso de
Em tempos de PSF...Novos rumos para atenção em saúde mental?. / Ândrea Cardoso de Souza. Rio de Janeiro : s.n., 2004.
164p. ilus

Orientador: Uribe Rivera, Francisco Javier
Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1.Saúde da Família 2.Serviços de Saúde Mental 3.Cuidados Integrais de Saúde

CDD - 20.ed. – 362.2

Aos usuários do CAPS Simão Bacamarte – CAPS Santa Cruz, que me instigam, me afetam, me emocionam, me inquietam e fazem acreditar que vale a pena fazer diferente!

A G R A D E C I M E N T O S

Quantos bons encontros!... Quantas pessoas especiais estiveram comigo nesse percurso!...

A Javier, meu orientador e amigo, pela disponibilidade, incentivo, simplicidade e pertinência de seus apontamentos.

A Paulo Amarante, referência desde os tempos da graduação, grande motivador para o meu ingresso na ENSP e orientador de todo esse percurso.

A Cláudia Mara, que me apresentou a possibilidade de inserção no campo da saúde mental, pelos ensinamentos, pelo acolhimento e pelo carinho. Minha professora pra sempre!

A Vera Sobral, uma professora muito diferente que também faz parte desse processo.

A Ana Luiza Stiebler, pela disponibilidade em compor a banca examinadora deste trabalho.

A Elizabeth Artman, pelo apoio e incentivo na etapa final deste trabalho.

A Célia Leitão, pelo prazer de compartilhar seus conhecimentos, pelo cuidado atencioso com os alunos, pelo bom humor e pela acolhida nos momentos complicados. E por tornar-se amiga!

Ao povo do planejamento – turma pra lá de diversa e tão especial – Anderson, Bruno, Deison, Felícia, Mamadu, Maria Angélica, Maria Luiza, Mônica, Pedro e Sandra.

A Claudia, Isaías e ao Tiago, funcionários do LAPS e facilitadores do estudo.

Aos integrantes do "Segunda em Questão" – grupo de estudos do LAPS – que, através do aquecimento das discussões, me permitiram enxergar a atualidade e importância dessa temática.

Aos meus colegas e amigos do CAPS Simão Bacamarte – CAPS Santa Cruz: Adriana, Arilza, Cândida, Carla Coelho, Carla Mendes, Carlos, Cris, Dayse, Elizângela, Erotildes, Glorinha, Isabel, Joseane, Juarez, Júlia, Lilian, Lourdes, Lucas, Luciana,

Magali, Marcos, Mônica, Neli, Nice, Nina, Patrícia, Penha, Rejane, Ricardo Moncalvo, Ricardinho, Ricardo e Rose – por compreenderem minhas ausências e por torcerem por mim.

Aos meus amigos Áurea e Alcy, pelas oportunidades, pelo incentivo e pelo carinho.

As companheiras de políticas: Gabriela, Luciana, Marcele e Úrsula, pelos momentos divertidos e pela amizade de vocês.

A Felícia, pelas inquietações e reflexões de quem vem do dia-a-dia do serviço para a academia. Contribuição valiosa!

A Maria Angélica, pela pertinência de suas colocações, pela sabedoria, capacidade de síntese e por ter me auxiliado na construção desse processo.

A Suenya, Lorena, Verinha, Leo e Pasin, por tornarem o trabalho mais agradável, pelos papos, pela amizade e pela certeza de que é possível desenvolver um trabalho melhor.

A Samara, minha amiga lá de cima, pra lá de arretada, valeu pela força!

A Flávia Helena, pela riqueza das discussões, pela possibilidade de trocas e pelo auxílio, em ter passado a noite toda formatando, corrigindo, cortando e colando idéias, textos para que esta por ora estivesse acabada, ao som de Marisa Monte, Miles Davis, Alceu Valença, Pink Floyd e Chico Buarque.

A Lourdes, pela possibilidade da construção cotidiana de novas práticas, pelo compartilhar do dia-a-dia no CAPS e pela amizade.

A Rejane – "uma negra em movimento" – pelas confidências, longas conversas até Santa Cruz, pelo divertido compartilhamento do trabalho e por ter "tolerado" meu mau humor.

A Luisa Pessôa, pelos papos, pela "presença" certa e por ser uma pessoa muito especial.

Ao Anderson, meu amigo "surreal", pelos cinemas, pelas conversas, pelo "radicalismo" e pela amizade.

A Verônica Schwartz, minha amiga do outro lado do Rebouças, pelo carinho, amizade e pela torcida de sempre!

Ao Deison "... você meu amigo de fé, meu irmão camarada...", pela cumplicidade, amizade, pela proximidade e por ser tão "CDF".

A Vera, Alexandre e Lug, meus queridos amigos, por fazerem parte da minha família.

A Ana Paula, Zé Paulo e Isabela, os amigos vão casando e a nossa família aumentando... pela amizade, pelo incentivo, pelos papos até as madrugadas e por compartilhar do trabalho.

Alan "...e no meio de tanta gente eu encontrei você...", que bom ter contado com você na travessia desse caminho pra lá de difícil, pela solidariedade, pelo companheirismo e por ter me "aturado" nas duas últimas semanas que antecederam a finalização deste trabalho.

A Dinorah, minha amiga de todas as horas, ou melhor, das horas mais difíceis... minha irmã que me apóia e me ajuda em todas as situações. Obrigada por ceder o seu tempo e sua atenção em um momento tão difícil para você!

A Nana, minha irmã queridíssima, que sempre cuidou de mim com muito zelo e carinho. É muito bom ter você como irmã!

A Zilda, minha mãe, que esteve sempre presente, me apoiando, dando-me sustentação e cuidando de mim para que eu seguisse...

S U M Á R I O

RESUMO VIIIV
ABSTRACT IX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS X
LISTA DE QUADROS XIII
APRESENTAÇÃO 14
METODOLOGIA 27

CAPÍTULO 1 – MOVIMENTOS DE REFORMA DO SETOR SAÚDE 33
1.1. Revisitando o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira 34
1.2. A Implementação do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil 53

CAPÍTULO 2 – DISPOSITIVOS DA (RE)ESTRUTURAÇÃO DAS PRÁTICAS 72

DE ATENÇÃO À SAÚDE
2.1. Conhecendo o Percurso da Estratégia de Saúde Família... 73
2.2. A Era da Atenção Psicossocial 95

CAPÍTULO 3 – A INTERCESSÃO ENTRE CAPS E ESF – NOVAS PRÁTICAS 106

DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
3.1. Visitando as Experiências: apresentando alguns resultados... 112
3.2. Análise e Discussão dos Dados 133
3.3. Elucubrações sobre essas práticas... 136

CONSIDERAÇÕES FINAIS 146

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 157

R E S U M O

Considerando que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) são dispositivos contemporâneos, que se configuram em estratégias da política pública de saúde que pretendem ser transformadoras do modelo assistencial até predominante, este estudo discute a intercessão dos princípios norteadores dos CAPS com os da ESF, objetivando conhecer os limites e possibilidades de ampliação do Campo da Atenção Psicossocial face à intercessão das ações dos CAPS com a ESF. Investiga, ainda, que mudanças na reorientação das práticas de Atenção Psicossocial podem advir dessa intercessão. Pressupondo que essa intercessão poderia representar um avanço no sentido da Reforma Psiquiátrica, a ESF seria, então, o principal dispositivo para viabilizar a integração das ações de saúde mental na atenção básica, constituindo-se num dispositivo em potencial para os processos de desinstitucionalização. Para tanto, busca-se conhecer os processos de experiências intercessoras entre os dois campos, em curso no país. Foram analisadas as experiências de seis municípios brasileiros: São Paulo (SP), Camaragibe (PE), Cabo de Santo Agostinho (PE), Araçuaí (MG), Sobral (CE) e Quixadá (CE), reunidas na coletânea *SaúdeLoucura* 7: Saúde Mental e Saúde da Família. Para fins de análise, foram elencadas três categorias: Integralidade do Cuidado, Escuta Ampliada e Territorialidade das Ações. Constata-se que a Estratégia de Saúde da Família só poderá constituir dispositivo eficaz da Atenção Psicossocial mediante o estabelecimento de uma rede de recursos e de suporte. Como resultado dessa intercessão, estamos tendo a produção de novas práticas de cuidado e de novas tecnologias de atenção. O estabelecimento das intercessões entre a Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família amplifica o potencial dos CAPS como agenciadores de novos modos de cuidado e estende a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial, Estratégia de Saúde da Família, Práticas de Atenção à Saúde, Integralidade do Cuidado, Territorialidade das Ações

A B S T R A C T

Since the Centers for Psychosocial Care (CAPS) and the Family Health Strategy (ESF) are contemporary devices representing strategies of public health policy intended to transform the currently prevalent assistancial model, this study discusses the intercession of the guiding principles of the CAPS with those of the ESF. The aim is to take cognizance of the limits and possibilities of widening the Psychosocial Care Field in view of the intercession of the actions, as well as investigate the changes in orientation for the Psychological Care practices that may, hence, derive. Assuming that such intercession could stand for an advancement towards the Psychiatric Reform, the ESF would figure as the major device to enable the embodiment of mental health practices in Primary Care Assistance, becoming a potential device for the processes of disinstitutionalization. Processes of intercessing experiences between these two fields, occurring in Brazil , were studied in an analysis of six municipalities: São Paulo (SP), Camaragibe (PE), Cabo de Santo Agostinho (PE), Araçuaí (MG), Sobral (CE) and Quixadá (CE), gathered in the anthology Saúde Loucura 7 : Saúde Mental e Saúde da Família. Three categories: Integrality of Care, Amplified Listening and Territoriality of actions - were chosen for analysis. It is made evident that the Family Health Strategy will only constitute an effective device for Psychosocial Care if a network of resources and support is developed. As a result of the intercession, new practices of care > and new technologies of attention have been brought forth. The establishment of intercessions between Mental Health and Family Health Strategy enhances the potentiality of the CAPS as providers of new modes of care and , thus, the responsibilities for the integral care of those under psychiatric suffering are extended to other grounds.

Key words: Centers for Psychosocial Care, Family Health Strategy, Health Care Practies, Integrality of Care, Territoriality of Actions.

L I S T A S D E A B R E V I A T U R A S E S I G L A S

AB - Atenção Básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

Bireme - Biblioteca Virtual em Saúde

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CGSM - Coordenação Geral de Saúde Mental

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CSM - Centros de Saúde Mental

DAB - Departamento de Atenção Básica

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

LILACS - Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

MEDLINE - National Library of Medicine

MLA - Movimento da Luta Antimanicomial

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONGs - Organizações Não-Governamentais

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PND - Plano Nacional de Desenvolvimento

PPA - Plano de Pronta Ação

PPI - Programação Pactuada Integrada

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RP - Reforma Psiquiátrica

RS - Reforma Sanitária

SAMPHS - Sistema de Administração Hospitalar e Saúde

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SM - Saúde Mental

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

SPT 2000 - Saúde para Todos no Ano 2000

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de São Paulo (SP)

Quadro 2 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Camaragibe (PE)

Quadro 3 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Cabo de Santo Agostinho (PE)

Quadro 4 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Araçuaí (MG)

Quadro 5 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Sobral (CE)

Quadro 6 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Quixadá (CE)

Quadro 7 - Descrição das categorias empíricas sintetizadas das experiências de intercessão CAPS/ESF

A P R E S E N T A Ç À O

APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória profissional, iniciada com a graduação em Enfermagem na Universidade Federal Fluminense, deparei-me logo de início com uma importante decisão: seguir o caminho da formação clássica e desempenhar um papel de reprodução do *status quo* da área ou enveredar pela complexidade do pensar a construção de novas práticas.

A experiência inicial nas monitorias de Saúde Pública e de Epidemiologia me permitiu olhar a psiquiatria de um outro lugar. Sendo assim, desde a formação universitária tenho me voltado para questionamentos por uma Saúde Coletiva de qualidade, que hoje já posso denominar como sendo pautada na universalidade, eqüidade e sobretudo na integralidade.

Inicio com essas considerações por acreditar ser importante não apenas citar as funções desempenhadas, mas contextualizá-las em minha história de vida. A opção pela Residência em Saúde Mental na Universidade do Rio de Janeiro me proporcionou a inserção no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, mais precisamente no Centro de Atenção Diária, onde pude estabelecer o primeiro contato com o campo da Atenção Psicossocial.

Essa perspectiva de atuação em um novo paradigma apontava para o curso que delinearia minha trajetória profissional. Durante dois anos, a convivência com o cotidiano institucional, o qual se propunha a construir novas práticas de atenção em Saúde Mental, suscitou-me inquietações que culminaram num mapeamento da clientela assistida, com a proposta de discutir a organização do serviço.

O trabalho interno no Hospital-Dia culminou numa rediscussão dos projetos e em uma nova forma de inserção dos usuários. A reorientação do serviço com vistas a um melhor conhecimento dos sujeitos e a conseqüente potencialização da assistência permeiam, até os dias atuais, minha prática nos dispositivos em que tenho trabalhado.

Há oito anos estou inserida na rede municipal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inicialmente no CAPS Pedro Pellegrino, em Campo Grande, e desde 1998, no CAPS Simão Bacamarte, em Santa Cruz – respectivamente, o segundo e o terceiro estruturados no município do Rio de Janeiro. Nessa unidade, onde concentro a maior parte de meu desempenho profissional, venho exercendo funções que ultrapassam a clínica no sentido adotado tradicionalmente na enfermagem psiquiátrica.

A discussão sobre a construção e ampliação da rede de saúde mental local e uma preocupação com a avaliação do processo instituído se apresentam como uns dos pilares norteadores de minha motivação para o ingresso no curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Desde a graduação me mantive próxima de atividades de docência, como monitora nas disciplinas de Saúde Pública, Epidemiologia e Enfermagem Psiquiátrica. Posteriormente atuei como professora substituta na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. O contato direto com alunos de graduação, com seus questionamentos, só fez somar à minha concepção de que, para a transformação do modelo assistencial em saúde mental, é necessário introduzir essa discussão na formação universitária.

Uma entre as muitas inquietações que me atravessam é a lacuna existente entre a prática profissional demandada e a qualificação dos técnicos formados nas universidades; outra questão está relacionada aos objetivos para os quais os serviços foram implantados e a que se propunham – o de constituir-se num serviço territorial, inserido na vida da cidade e o que atualmente encontramos.

Atualmente, apesar do crescimento quantitativo dos dispositivos de atenção em saúde mental pautados em um novo paradigma, o que temos visto é um "esgotamento" desse dispositivo – CAPS – no sentido de ruptura com os modos de assistência

predominante. Poderíamos arriscar dizer que, apesar dos esforços empreendidos, os CAPS ainda têm-se configurado como espaços de segregação, como o lugar da loucura.

O CAPS deveria ser um espaço de produção de vida no território, pois somente assim seria possível superar a dicotomia dentro/fora. Entretanto, temos observado grande dificuldade para esses dispositivos se colocarem nas ruas, ocuparem e se capilarizarem pelo território, ocuparem o espaço de fora, permitindo a circulação da loucura na vida da cidade, do bairro – enfim, propiciar outros trânsitos para a loucura no espaço urbano.

Ao me deparar com essa situação surgem questionamentos: o que pode ser feito diferente no cotidiano dos CAPS para que estes, de fato, possam ser agenciadores de transformações em relação à loucura? Como os CAPS podem trabalhar na perspectiva de operar mudanças na realidade social das pessoas em sofrimento psíquico e provocar interferências no bairro, na rua, na vizinhança, no sentido de propiciar o desenvolvimento de redes sociais e laços de solidariedade entre as pessoas? Que modos de atenção/cuidado poderiam atender satisfatoriamente ao conjunto de pressupostos e desafios colocados pelo movimento de Reforma Psiquiátrica?

Estou me colocando num lugar de certa forma híbrido, ao mesmo tempo em que preciso reconhecer os muitos avanços da política nacional de saúde mental, da Reforma Psiquiátrica e dos serviços de Atenção Psicossocial, dentre eles o CAPS, no processo de desinstitucionalização. Faz-se necessário refletir sobre as limitações/dificuldades da adoção do CAPS, dos ambulatórios de saúde mental, dos Hospitais-Dia, enquanto práticas que se pretendem substitutivas dos modos de lidar com a loucura e do aparato hospitalar. Talvez precise reconhecer os limites de alcance desses dispositivos na busca de transformações culturais e por isso refletir sobre outras possibilidades.

É sabido que o CAPS sozinho não vai substituir a lógica manicomial nem hospital psiquiátrico algum. Faz-se necessário ampliar as redes para tecer outras práticas de atenção, é preciso lançar mão dos aparelhos sociais da comunidade. Face às dificuldades enfrentadas pelos CAPS para se constituir como dispositivos promovedores de transformações culturais, me encontrei refletindo sobre a possibilidade de articulações dos CAPS com a Estratégia de Saúde da Família, o que permitiria a ampliação do campo de ação da saúde mental. Estou de certa forma apostando nessa intercessão como um dispositivo altamente potente para vislumbrarmos possibilidades de transformações e inovações, tanto no campo da Saúde Mental quanto no da Atenção Básica.

Esses questionamentos / inquietações / pressupostos partem da minha prática enquanto profissional de saúde mental que trabalha num serviço de base territorial afinado com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Por tudo isso, o objeto deste estudo foi sendo construído aos poucos, no dia-a-dia – quase batalhas diárias, na tentativa de construção de novos modos de atenção psicossocial.

Quais os limites e possibilidades de ampliação do campo da Atenção Psicossocial[1] face à intercessão[2] das ações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

[1] O Campo da Atenção Psicossocial é caracterizado pela diversidade de vozes (usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde mental) que participam da construção desse paradigma. Mais abrangente e questionador, o campo se alarga e tem como principais noções a "atenção" e o "cuidado" – ou seja, qualquer "cuidado" que se pretenda "atenção" deve tentar lidar com a dimensão psíquica, da subjetividade; e a dimensão social, de forma ampliada. De acordo com Costa-Rosa *et al* (2003: 34), a Atenção Psicossocial configura-se num campo capaz de congregar e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que ainda virão.

[2] Para Passos e Barros (2000: 77,) *interseção*: é a conjugação de dois domínios na formação de um terceiro. Já *intercessão* pode ser definida quando a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência. A intervenção se dá através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, sociopolítico) sobre o outro e tende à instabilidade. "A relação de intercessão é uma relação de perturbação, e não de troca de conteúdos". Então, intercessão pode ser compreendida como um conceito capaz de desestabilizar lugares e concepções até então cristalizadas. Segundo Deleuze (1992), embora ciência, arte e filosofia constituam formas de pensamento distintas, existem entre elas cruzamentos que não são traduções, cópias ou imitações. Mas cruzamentos que possibilitam uma relação intercessora, que não abole a diversidade e a criação. O intercessor deve ser entendido a partir dos efeitos, dos ecos, das ressonâncias, das interferências que cada forma de pensamento gera nas demais, conservando sua singularidade irredutível.

Este estudo pretende investigar quais as possibilidades de essa intercessão propiciar mudanças no sentido da desinstitucionalização, ainda maiores que os serviços tidos como substitutivos (CAPS, Hospitais-Dia, ambulatórios etc.), além de analisar como se tem dado a implementação de políticas de saúde mental na atenção básica, em especial no que concerne à inclusão de ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Busca compreender como tem acontecido a articulação entre ESF e CAPS, ou que novas práticas e conceitos estão sendo operados a partir da intercessão das políticas de Atenção Básica e da Saúde Mental, privilegiando-se a ESF e o CAPS como dispositivos das respectivas políticas públicas. O ponto de partida será o de experiências concretas, relatadas na literatura especializada, e posteriormente serão atreladas teorias e conceitos inerentes ao campo da Saúde Mental.

O processo de Reforma Sanitária surgido em meio ao movimento de democratização em curso no país caracteriza-se como um movimento social de busca por melhores condições de vida, fazendo da saúde uma bandeira para a conquista dos direitos civis, humanos e sociais e para o exercício da cidadania. O movimento propunha-se a romper com a lógica do modelo assistencial vigente, criticando a hegemonia do modelo hospitalocêntrico, apontando para a ampliação do conceito de saúde e, conseqüentemente, para a criação de novos modos de atenção.

As mesmas críticas foram feitas em relação ao modo predominante de assistência psiquiátrica, porém no campo da Reforma Psiquiátrica essas críticas se mostraram mais enfáticas, apontando para a urgência de rupturas com esse modelo de assistência, visto que as indicações de internação nem sempre passavam por indicações clínicas (e muitas vezes ainda o são) e vinham atender à necessidade de isolamento, recolhimento e exclusão das diferenças.

O advento da Reforma Psiquiátrica tornou premente produzir agenciamentos que conectassem as pessoas e as redes trançadas pela organização sanitária, o que Saraceno (1999) chama de recursos escondidos na comunidade. Esse agenciamento aponta para a construção de outra clínica, onde outros circuitos para a loucura possam ser traçados, trabalhando na perspectiva da desinstitucionalização da loucura, fazendo com que a comunidade se aproprie do cuidado, juntamente com a equipe da Saúde da Família, que por sua vez poderá contar com o suporte da equipe de saúde mental. Podemos considerar essa intercessão como uma necessidade ética, mais humana e acolhedora, de responsabilizar-se e solidarizar-se com o sofrimento do outro.

Considerando que a Reforma Psiquiátrica aponta para o desenvolvimento de outras práticas, nos inclinamos sobre essa temática, pois de fato acreditamos que a intercessão entre CAPS e ESF possa tornar possível prescindirmos do hospital psiquiátrico como dispositivo de "suporte" para as ações do CAPS e avançarmos na implementação de outras estratégias fundamentadas tanto nos princípios da Reforma Sanitária quanto nos da Reforma Psiquiátrica.

Seria necessário buscar integrar esses dois campos para oferecermos de fato uma atenção mais integral às pessoas. Durante o processo de Reforma Psiquiátrica, desenvolveram-se diversas experiências municipais de implantação de "novos" modos de atenção em Saúde Mental – dentre outras, a inclusão das ações de saúde mental no campo da Atenção Básica, a de experiências intercessoras entre a Saúde Mental e a ESF, e a implementação de serviços territoriais como os CAPS.

Para que tenhamos práticas de cuidado e não de exclusão, como se pretende no *slogan* da III CNSM, 2001 – Cuidar, sim. Excluir, não – faz-se necessário solidificar experiências inovadoras, viabilizar dispositivos capazes de operar mudanças no campo,

produzir "novas" formas de cuidado, de construção de novas possibilidades de vida. Para tanto, precisamos atravessar esse modelo que nos atravessa, ou melhor, que nos atropela.

Essas inquietações surgem em decorrência do desenvolvimento da minha prática profissional num CAPS do município do Rio de Janeiro, serviço de base territorial e que tem suas ações fundamentadas no Modo Psicossocial de Atenção à Saúde. Acredito que esses questionamentos não poderiam ter surgido antes; precisávamos avançar no sentido da desospitalização, no resgate dos direitos civis, humanos e sociais das pessoas em sofrimento psíquico, na busca da cidadania, de valorização do outro enquanto sujeito. Precisávamos avançar também em formulações teóricas, em conceitos que pudessem abarcar esse intenso movimento de transformação que estava sendo produzido – enfim, precisávamos caminhar no sentido da desinstitucionalização[3].

Embora reconheçamos os muitos esforços despendidos para fazer acontecer a transformação dos modos de atenção em saúde mental, é preciso reconhecer que ainda temos muito para avançar, no sentido de uma reversão radical dos modos de atenção. Tais questionamentos só poderiam surgir neste momento, em decorrência das questões que nos são colocadas diariamente no cotidiano do serviço. Assim esta pesquisa busca extrair de experiências concretas e exitosas, novas possibilidades de fazer acontecer a Reforma Psiquiátrica.

As questões que permeiam este estudo e que pretendo analisar consistem em conhecer quais os limites e possibilidades de ampliação do campo da Atenção Psicossocial face a intercessão das ações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a Estratégia de Saúde da Família.

---

[3] Para Amarante (1997: 182), a desinstitucionalização consiste num processo contínuo de invenção de novas formas sociais no lidar com a loucura, a diferença e o sofrimento humano. O processo de desinstitucionalização desmonta todo o aparato criado em torno da doença mental e se propõe colocar diante da "existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social" (Rotelli *et al*, 1990: 27).

O objeto[4] de pesquisa deste estudo é a intercessão dos princípios norteadores dos CAPS com a Estratégia de Saúde da Família e sua contribuição para a ampliação do campo da Atenção Psicossocial. Pretende-se investigar quais mudanças na reorientação das práticas de atenção psicossocial podem advir da intercessão dos CAPS com a Estratégia de Saúde da Família e quais as possibilidades de essa intercessão propiciar mudanças no sentido da desinstitucionalização, ainda maiores que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-Dia, ambulatórios; instituições. Estas já decorrem do movimento de Reforma Psiquiátrica em curso no país, visto que são tidas como substitutivas ao hospital psiquiátrico, mas ainda possuem um caráter "institucionalizado" de lidar com a loucura. A Estratégia de Saúde da Família poderia representar um avanço no sentido da Reforma Psiquiátrica, constituindo uma estratégia de intervenção menos medicalizante, menos psiquiatrizante de se lidar com a loucura?

Para tanto, será necessário analisar os processos de intercessão das ações desenvolvidas pelos CAPS com a Estratégia de Saúde da Família e suas repercussões para o campo da Atenção Psicossocial, além de analisar como se tem dado a intercessão entre o CAPS e a ESF, problematizar os limites e possibilidades de essa intercessão constituir uma teoria e prática efetiva na elaboração de novos modos de se pensar as ações de saúde mental e contribuir com recomendações para a intersetorialidade das ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família e o CAPS.

Atualmente o Programa de Saúde da Família constitui a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde no campo da Atenção Básica, vislumbrando a transformação do modelo assistencial da saúde em curso no país. No campo da Atenção Psicossocial, o dispositivo privilegiado na política de Saúde Mental, que também objetiva a transformação

[4] O objeto, destacando o que atenta Minayo (1996), está associado ao processo de pesquisa que consiste na definição e redefinição do objeto, sendo o mesmo praticamente "inatingível". Portanto, o objeto não é algo rigorosamente pronto, ele vai se transformando na medida em que a pesquisa se desenvolve – então ele é sempre um objeto provisório.

do modelo até então predominante, constitui-se nos Centros de Atenção Psicossocial. Ambas estratégias da política pública de saúde – os CAPS e a ESF – pretendem ser transformadoras no que diz respeito à ruptura com o modelo assistencial até então predominante: reducionista, cronificador, pouco resolutivo, médico-centrado, procedimento-centrado (CAMPOS, 2003; MERHY: 2002), pautado na lógica saúde/doença, onde o espaço privilegiado das ações está localizado no interior do hospital.

No percurso de consolidação dessas políticas, constata-se uma crescente interlocução entre a saúde mental e a ESF, iniciando um processo de transformação que aponta para a singularização do cuidado, para a responsabilização da clientela e impele para a construção de outras formas de convivência com as diferenças, aumentando a tolerância e ampliando a rede de solidariedade num dado território. Todavia, apesar de partilharem alguns princípios, diretrizes, noções e conceitos, percebe-se que essa intercessão ainda acontece em número reduzido e são pouco difundidas, embora haja um esforço do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde em sistematizar essas experiências, além de promover encontros e oficinas para melhor pensar a inclusão das ações de saúde mental no campo da atenção básica.

Costa-Rosa (2000) afirma que a assistência em saúde mental vem passando por profundas transformações nas últimas três décadas, pois cotidianamente, em oposição às práticas segregadoras do modelo asilar, novos serviços e práticas estão sendo criadas visando a uma nova perspectiva: a Atenção Psicossocial[5].

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 2001, o principal debate se deu em torno do eixo temático "Reorientação do Modelo Assistencial", o que aponta para a necessidade de estudos sobre os modos de Atenção Psicossocial que

[5] Optamos por adotar o conceito de Atenção Psicossocial, por acreditar ser o que melhor designa as práticas implementadas atualmente no campo da saúde mental.

estão sendo implementados nas diferentes localidades e para a necessidade de saber quais conceitos e práticas estão permeando as novas experiências.

É fundamental analisar as experiências em curso no país e investir cada vez mais em práticas de atenção que apontem para superação do Modo Asilar[6], já que atualmente o redirecionamento das práticas de atenção em saúde mental passa pela implantação de serviços que funcionem segundo a lógica do território, conforme descreve a Portaria nº 336/GM, de 2002. Uma análise dessas experiências possibilitaria conhecer os limites e possibilidades de a ESF se tornar um dispositivo privilegiado para a transformação dos modos de atenção em saúde mental, além de identificar conceitos e novas práticas que estão sendo desenvolvidas a partir dessa intercessão, apontando para transformações que se aproximam dos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Esta proposta de estudo subsidiaria a ampliação do debate já colocado em pauta pelo MS, através do DAB, sobre as formas possíveis de inclusão das ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Do mesmo modo, contribuiria para a sistematização das experiências existentes, que buscam construir novas trajetórias para a transformação do imaginário social acerca da loucura atuando cotidianamente no território, pois só a partir dele é possível trabalhar a dimensão sociocultural, objetivando avançar no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Durante o desenvolvimento de minha prática profissional, tenho acompanhado a implantação de serviços territoriais no campo da Atenção Psicossocial no município do Rio de Janeiro. Acredito, porém, que outros circuitos possam estar a serviço da constituição de outras práticas e conceitos no campo. Entre eles, destaca-se a ESF, por configurar-se, também, como um serviço de base territorial e por partilhar de diretrizes e princípios inerentes ao campo da Atenção Psicossocial.

[6] Expressão utilizada por Costa-Rosa *et al.* (2003) para denominar as formas tradicionalmente hegemônicas de assistência em saúde mental.

E por apostar na intercessão entre esse dois campos, como dispositivo altamente potente para as transformações culturais e sociais tão caras aos referidos campos, é que fui me encontrando cada vez mais instigada a percorrer esse caminho ainda desconhecido para mim: o das ações de saúde mental na atenção básica. Estou também me lançando nesse novo campo, o de práticas intercessoras[7] entre os CAPS e a ESF, em busca de novos conceitos para o campo da Atenção Psicossocial, pois, como afirma Minayo (1996: 92), "os conceitos se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação".

Este estudo está desenhado da seguinte forma:

Primeiramente apresentam-se os fios condutores do percurso desenvolvido para a elaboração desta dissertação, assim como o referencial teórico que a sustentou, a abordagem e o tipo de análise adotada, além de explicitar como se deu a categorização dos resultados.

No primeiro capítulo, considerando que os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica se caracterizam como movimentos sociais que objetivam a ruptura com o modelo tradicional de assistência à saúde ainda predominante, faz-se uma breve retrospectiva histórica, ressaltando a importância dos mesmos como movimentos contra-hegemônicos que buscam, através de suas reivindicações, o direito ao exercício de cidadania.

No segundo capítulo, tomando o CAPS e a ESF como dispositivos contemporâneos que se configuram em estratégias da política pública para a (re)estruturação dos modos de atenção à saúde, faz-se uma breve historicização da implementação dos mesmos no país.

[7] De acordo com Passos & Benevides (2000), podemos compreender as práticas intercessoras não como um simples somatório e sim como o resultado singular do encontro.

O terceiro capítulo é referente à análise dos dados, fundamentada pelo referencial teórico que sustenta este estudo. Discute-se a possibilidade de a intercessão das ações do CAPS com a ESF promover a ampliação do campo da Atenção Psicossocial.

Por último, apresentamos as considerações finais deste estudo, com alguns apontamentos sobre a potencialidade de essa intercessão constituir de fato uma possibilidade de desinstitucionalização das práticas de atenção em saúde mental.

M E T O D O L O G I A

METODOLOGIA

O interesse pelo tema desta pesquisa teve origem na minha vivência como enfermeira de um Centro de Atenção Psicossocial e na necessidade de ampliar a interface entre o CAPS e a Estratégia de Saúde da Família, na tentativa de transformar o modelo assistencial em saúde mental.

O referencial teórico que sustentou este estudo se encontra na interface entre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. A escolha advém da premissa de que a prestação de cuidado em saúde mental só pode se dar de forma integrada com o contexto geral da saúde.

A proposta metodológica deste estudo privilegia a análise qualitativa, para melhor apreensão da realidade estudada. Tal escolha se deve ao fato de que esse tipo de abordagem é a que melhor se coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Esse tipo de pesquisa é capaz 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 quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1996).

O presente estudo consiste numa pesquisa teórica, bibliográfica e descritiva. Para fortalecer uma abordagem qualitativa, recorreu-se à análise documental, através do

método descritivo. A análise busca identificar informações factuais nos documentos a partir das questões de interesse do pesquisador.

Embora os pesquisadores sociais tendam a subestimar materiais textuais como dados, conforme destacou Bauer (2000), o texto constitui uma fonte extraordinária de dados, sua interpretação revela sua complexidade e pode ser tomado como dado através da análise de conteúdo.

Guba e Lincoln (1981) apresentam uma série de vantagens para o uso de documentos na pesquisa. Em primeiro lugar, destacam o fato de que os documentos, ao longo do tempo, constituem fonte estável e rica. Os documentos persistem através do tempo e podem ser consultados várias vezes, servindo de base a diferentes estudos.

A análise documental tem como objetivo representar o conteúdo de um documento sob a forma do original, a fim de facilitar, num estudo ulterior, sua consulta e referenciação.

Os documentos, para este estudo, constituem fonte de investigação de políticas públicas e práticas consolidadas de atenção à saúde mental em sua interface com a Estratégia de Saúde da Família.

No desenvolvimento do trabalho foram seguidos alguns fios, que serviram de condutores, para conhecer melhor as experiências estudadas – por exemplo, o contexto político que propiciou a implantação dos serviços, a dinâmica dos processos de intercessão, os resultados alcançados, a mudança de práticas, entre outras.

Para efeito de estudo, foram consideradas as experiências de seis municípios brasileiros – São Paulo (SP), Camaragibe (PE), Cabo de Santo Agostinho (PE), Araçuaí (MG), Sobral (CE) e Quixadá (CE), agrupadas por Lancetti no sétimo volume da série *Saúde e Loucura* (2001). E também os relatórios das oficinas de trabalho propostas pelo

Ministério da Saúde para discutir a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Foi realizada ainda pesquisa bibliográfica de artigos científicos dos últimos cinco anos, nas bases de dados MEDLINE e LILACS, disponíveis na BIREME e através da SciELO, além de busca eletrônica nas bibliotecas da ENSP e da UNICAMP, no período de agosto de 2003 a julho de 2004.

Os artigos foram selecionados tendo como referência a temática saúde mental e saúde da família, e foram agrupados conforme seu conteúdo. Os dados obtidos por meio de análise de conteúdo do livro de Lancetti foram discutidos à luz da referência de Amarante (1994, 1997e 2003), Costa Rosa (2000 e 2003), Alves (2001 e 2004), Mattos e Pinheiro (2001, 2003 e 2004), Merhy (2002) e Campos (2003), além dos relatórios das oficinas de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, dos anos de 2001, 2002, 2003 e 2004.

Uma leitura atenta do material demonstrou que somente a partir de 1998 os temas saúde mental e saúde da família aparecem como objeto de artigos de reflexão teórica nos periódicos da área.

Optamos por analisar os textos publicados no livro *Saúde Loucura*: *Saúde Mental e Saúde da Família*, dividindo-os em três categorias de análise: a primeira, referente à integralidade do cuidado; a segunda, referente à escuta ampliada; e a terceira, referente à territorialidade das ações. Para a síntese de cada categoria, foram associados alguns conceitos e noções que perpassam cada uma delas.

Sendo assim, para maior amplitude na categoria (A), referente à integralidade do cuidado, foram associadas noções de articulação, intersetorialidade e responsabilização; na categoria (B), referente à escuta ampliada, foram associadas a noção de vínculo e de acolhimento; e na categoria (C), referente à territorialidade das ações, associaram-se os

conceitos de acessibilidade e de território. Tal associação foi pensada devido à dificuldade de se pensar essas categorias de forma isolada, visto que as mesmas acontecem de forma atrelada. Se as pensássemos isoladamente, incorreríamos no risco de reducionismo e na simplificação de conceitos e noções tão caras ao campo da Atenção Psicossocial. Optamos pela análise individual de cada texto. Os artigos foram agrupados conforme a temática principal, qual seja: saúde mental, saúde da família e atenção psicossocial.

A seleção das experiências municipais estudadas se baseou nos seguintes critérios:

- a partir do pressuposto de que constituíam experiências bem-sucedidas em relação à intercessão Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família, mediante bibliografia consultada;
- experiências que trabalhassem na reversão do modelo assistencial em saúde mental e não apenas com ampliação de cobertura;
- experiência sistematizada na bibliografia especializada e que tenham mais de 4 anos.

A pesquisa é composta por oito etapas:

1) estudar o movimento da Reforma Sanitária como um movimento de transformação social e que viabiliza a implementação de políticas como a de Saúde Mental e a da Atenção Básica, na mesma adoção da Estratégia de Saúde da Família;

2) estudar as noções e conceitos que atravessam o campo da Atenção Psicossocial e o da Estratégia de Saúde da Família;

3) fazer levantamento bibliográfico sobre a sistematização de experiências desenvolvidas em conjunto entre a saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família, que sejam reconhecidas como uma política pública daquele território;

4) estabelecer critérios para a seleção da experiência a ser estudada;

5) elaboração de quadro de análise;

6) sistematização de dados a partir das seis experiências selecionadas;

7) análise dos dados, buscando conhecer as principais dificuldades e possibilidades de intercessões, como a da Saúde Mental com a ESF, para produzir inovações relacionadas ao cuidado e de esta constituir ou não dispositivo privilegiado de produção da desmistificação da loucura no âmbito local;

8) comentários finais, apontamentos e proposições para o desenvolvimento de outras ações no campo da Atenção Psicossocial.

Quanto ao tratamento das informações obtidas a partir da pesquisa qualitativa dos documentos e material bibliográfico, utilizou-se a análise de conteúdo. Esta é uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada. A codificação de um texto o transforma, a fim de criar nova informação desse texto. A validade da análise de conteúdo deve ser julgada em termos de sua fundamentação nos materiais pesquisados e sua congruência com a teoria do pesquisador, e à luz de seu objetivo de pesquisa.

A análise de conteúdo pode reconstruir mapas de conhecimento à medida que eles estão corporificados em textos. Para tanto, é necessário que o pesquisador vá além da classificação das unidades do texto, orientando-se na direção de construção de redes de unidades de análise para representar o conhecimento não apenas por elementos, mas

também em suas relações. Nas análises trans-seccionais, a comparação empírica pode conter textos de diferentes contextos (BAUER, 2000).

CAPÍTULO 1

MOVIMENTOS DE REFORMA DO SETOR SAÚDE

MOVIMENTOS DE REFORMA DO SETOR SAÚDE

1.1. REVISITANDO O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Através do movimento sanitarista, conseguiu-se avançar na concepção de saúde e na articulação política no tocante ao reforço da necessidade de se pensar a saúde numa perspectiva coletiva.

De acordo com Fleury (1992), se esse movimento não proporcionou uma mudança radical de paradigma da saúde, ao menos incitou o surgimento de questionamentos acerca da concepção de saúde, até então restrita à dimensão biológica e individual. A Reforma Sanitária consolidou a luta pela descentralização da saúde, assim como acentuou o desejo de mudança do modelo assistencial hegemônico. O movimento da Reforma Sanitária integra uma totalidade (e por que não?) radicalidade de mudanças nos níveis éticos, culturais e sociais.

Segundo France *apud* Viana & Dal Poz (199), podem ser encontrados dois tipos distintos de reforma nos sistemas de saúde: o tipo *big bang*, que introduz modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde de forma rápida e pontual, e do tipo incremental, que se baseia em pequenos ajustamentos sucessivos.

A Reforma Sanitária brasileira, que pode ser compreendida como do tipo *big bang*, estabeleceu algumas características que permitem a definição de novos modos de atenção: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e a

criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política. Esses novos modos de atenção que estão se dando a partir da implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) definiram os princípios do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e uma nova conformação organizacional, pautada nos conceitos da integralidade, da regionalização e da hierarquização.

O movimento de Reforma Sanitária surgiu num contexto singular da sociedade brasileira, embalado por outros movimentos sociais que emergiram frente aos processos de redemocratização do país, na década de setenta, e que reivindicavam principalmente melhores condições de vida e ampliação da abertura democrática no país. Esses movimentos se intensificaram, novos atores surgiram, assim como as ações coletivas e, nesse contexto, o de Reforma Sanitária, que reivindicava transformações nas condições de vida da população.

O movimento se intensificou e a sociedade civil organizada – políticos e representantes do povo no Congresso Nacional – reivindicava novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania, inclusive o direito à saúde, visto já naquela época como dever do Estado. Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania.

Tal percepção de saúde como um direito de cidadania e o próprio movimento da Reforma Sanitária surgem como novidade no cenário político do país. E isto se deve sobretudo à participação dos movimentos sociais nas discussões relacionadas à saúde, principalmente na segunda metade da década de setenta e início dos anos oitenta.

A Reforma Sanitária se dá então num momento de reelaboração das políticas sociais. A produção científica da época faz crítica radical ao centralismo autoritário do regime militar e propõe a descentralização, a universalização e a unificação como componentes da reforma da saúde. Além disso, havia significativa insatisfação popular em relação à política de saúde da ditadura. De acordo com Luz (1991):

> *"os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação centrada na questão da saúde e da política de saúde"* (LUZ, 1991: 82).

Os anos oitenta representaram significativas mudanças institucionais no sistema de saúde brasileiro; houve a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988. Destaca-se, também, o papel do Movimento de Reforma Sanitária.

Para Escorel (1988: 5), o movimento da Reforma Sanitária constituiu um conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulados ao redor de um projeto. Sua caracterização poderia se dar a partir de três tipos de práticas: teórica, com a formulação de saberes; ideológica, que envolve a transformação da consciência sanitária e a política, que vislumbrava transformações sociais. Sua amplitude pode ser compreendida, na definição da Abrasco, como:

> *"o movimento da Reforma Sanitária brasileira sempre pretendeu produzir uma mudança cultural na sociedade tendo a saúde como eixo de transformação, assim como modificar as políticas do Estado sem limitar-se a mudanças setoriais ou a políticas de governo. Ela deve ser tida como uma reforma democrática do Estado, de caráter processual e ainda inconcluso. Esse*

processo exige a permanente reflexão sobre os rumos, resultados e procedimentos" (ABRASCO & CEBES *apud* FREIRE, 2003: 5, grifos meus).

A Reforma Sanitária se caracterizou, então, como um movimento por direitos humanos, por melhores condições de vida da população. Ganhou força junto ao movimento para democratização do país, constituindo-se sobretudo como movimento social. Tornou-se necessário discutir novas formas de relações sociais, de organizações e estabelecimentos que atendessem melhor às necessidades de saúde e que proporcionassem melhor qualidade de vida. A Constituição de 1988, art. estabeleceu um novo conceito para a saúde. Assim:

> *"a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"* (BRASIL. Constituição de 1988, art.196).

A partir da introdução da idéia de saúde como direito, o conceito de saúde extrapola a concepção até então adotada – a de saúde como ausência de doença – e avança na percepção desta como sendo um produto social. É resultado das condições de vida existentes, do direito ao acesso ao trabalhado, lazer, moradia, educação, de participação social – enfim, do exercício contínuo do direito à cidadania.

Tal concepção ampliada de saúde acaba por atingir a política social como um todo, fazendo com que a política de saúde se configure em política social, não apenas restrita ao âmbito da "saúde", impelindo para transformações e formulações nas diferentes políticas setoriais.

Para Paim (1997), o projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia

igualitária, a garantia de saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social legal. Portanto, poderíamos dizer que a Reforma Sanitária representou uma exigência de mudança estrutural, determinada pelo conjunto da sociedade civil. Configurou-se como um dos movimentos mais importantes para o estabelecimento de uma ordem social democrática.

Teixeira (1995) destaca três direcionamentos básicos das estratégias de luta pela Reforma Sanitária: a politização da questão da saúde visando a aprofundar e difundir uma nova consciência sanitária; a alteração da norma legal necessária à criação do sistema único universal de saúde; e a mudança das práticas institucionais sob a orientação dos princípios democráticos. Para tanto, torna-se premente a desconstrução do modelo assistencial[8] tradicional, que apresenta uma concepção de saúde percebida enquanto ausência de doença e restrita aos aspectos biológicos e orgânicos, sendo incapaz, por si só, de assegurar universalidade, integralidade e eqüidade. Foi assim definido pelo Ministério da Saúde em 2002:

> *"como aquele caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo,hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade"* (BRASIL. Ministério da Saúde , 2002: 16).

Porém é necessário desconstruí-lo reconstruindo, e a reconstrução desses novos modos de atenção deveria considerar o que Campos (2003) tem denominado de clínica do sujeito, que inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito. Para que a transformação do modelo ocorra, é necessário que sejam produzidas mudanças na concepção de saúde e na forma de se trabalhar em saúde. Ainda para Campos:

[8] Podem ser compreendidos como "as formas como se organizam, em determinados espaços-populações, os serviços de saúde, incluindo diferentes unidades prestadoras de diversas complexidades tecnológicas e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas" (Mendes *apud* PAIM, 1994: 192).

> *"deve-se reformular a clínica tomando não apenas a doença mas o sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença), ampliar as práticas de promoção à saúde, articular-se em equipes interdisciplinares, ampliar os espaços em que se atende: além do consultório e da sala de procedimentos, o domicílio, a escola, o bairro, a rua, etc. Mas, sobretudo, cuidar das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais: o território, a família, etc."* (Campos , 2003: 154, grifos meus).

Se não houver mudança nos pressupostos e paradigmas[9] que norteiam o modelo assistencial tradicional, não se pode esperar resposta satisfatória dos modos de atenção à saúde. Constata-se que ainda há hegemonia de um sistema voltado a atender ao indivíduo, tendo a assistência médica como principal recurso tecnológico. Torna-se claro que os serviços de saúde devam abandonar a lógica tradicional que rege seu funcionamento e buscar criar condições para que o sistema de saúde se aproxime mais dos indivíduos, tornando-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. O movimento de Reforma Sanitária impele para a adoção de um conceito ampliado de saúde, fazendo com que seja necessário atuar sobre as condições sociais determinantes e condicionantes da saúde.

Para melhor compreender a implementação do processo de Reforma Sanitária brasileira, será apresentada breve retrospectiva da evolução das políticas públicas de saúde, com ênfase na década de oitenta, a qual representou significativas mudanças institucionais no sistema de saúde do país.

A evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, como produto da interação entre o modelo de compreensão do processo saúde-enfermidade e o modelo de proteção social, teve seus contornos definidos a partir da década de 60, com a consolidação do

[9] Paradigma que, segundo Paim (1997: 12), corresponde a um conjunto de noções, representações e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais, e que se torna um referencial para a ação.

modelo médico-assistencial (hegemonia sobre a prevenção) e do sistema previdenciário, traduzidos pelas seguintes ações:

- edição da LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social (1960), com a padronização dos benefícios;
- criação do INPS - Instituto Nacional de Previdência Social (1966), importando na unificação do sistema, que passou a ser considerado nacional;
- consolidação do sistema médico-assistencial centrado na ampliação irracional da oferta de serviços por parte da iniciativa privada (política privatista), caracterizado por baixo controle técnico, institucional e social, bem como por uma tendência à elevação de custos, dada a ênfase na atenção hospitalar e em procedimentos de alta complexidade, resultado da adoção de uma "medicina curativa" e do modelo de compra de serviços.

Na década de 70 houve uma reordenação da administração estatal, incluindo o setor saúde, com a constituição de um modelo de atenção (privatizado) voltado para cuidados médicos individuais (modelo médico-assistencial), marcado pela construção de grande número de hospitais privados (hospitalocêntrico), laboratórios e serviços de apoio e diagnóstico financiados pelo setor público, paralelamente à centralização de poder e a conseqüente redução da autonomia das demais esferas de governo (estados e municípios).

As condições de normatização para expansão da cobertura dos serviços assistenciais foram lançadas a partir dos anos de 1974/75, com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND); a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social

(MPAS), que possibilitou a incorporação progressiva e significativa de segmentos populacionais à Previdência Social, principalmente na assistência médico-hospitalar; a criação do PPA (Plano de Pronta Ação), que normatizou as condições para expansão da cobertura dos serviços assistenciais e a criação do PIASS (Plano de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), dentre outros. Também datam dessa época os primeiros sinais de déficit da previdência social, em função do modelo médico-assistencial privatista adotado.

De acordo com Luz (1991), em meados da década de setenta, na época do "milagre brasileiro" – período em que se operou grande reorientação na administração do Estado e da saúde – a imagem da medicina como solução milagrosa para as más condições de vida começou a ser socialmente percebida como miragem, a ser publicamente denunciada e desmascarada. Temos então a crise do milagre, com decréscimo dos recursos para a saúde, e alguns programas, como o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), de 1976, são realizados, absorvendo as proposições de atenção primária à saúde e de "Saúde para Todos no Ano 2000", principalmente no Nordeste, representando iniciativas de oposição ao modelo hegemônico.

Na segunda fase do regime militar (pós-1974), a atenção à saúde apresenta graus crescentes de centralidade política e as políticas sociais ganham expressão concreta. De acordo com Luz (1991), durante o período da ditadura militar a saúde passou a ser vista como um bem de consumo – mais especificamente, um bem de consumo médico. Nesse período, observaram-se crescimento expressivo da produção quantitativa dos atos médicos e a construção de muitas unidades hospitalares, laboratórios e serviços privados. Houve, assim, a construção das bases de um complexo médico-industrial.

O fim do milagre econômico (1968/73) coincide com dois importantes marcos na mudança da política de saúde pública: a crise do modelo vigente e o movimento político em favor da descentralização das ações de saúde, acompanhando uma tendência internacional que seria manifestada em Alma Ata (1977), no sentido de se enfatizar a atenção primária à saúde.

A transformação do regime político, ainda que processada de forma gradual e lenta, veio auxiliar o processo de busca de alternativas ao modelo hegemônico da saúde pública, destacando-se, nesse aspecto, o já citado PIASS (1976), que ampliou a oferta de serviços básicos, principalmente na Região Nordeste. Se durante os anos setenta o sistema de saúde revelou todas as suas características, também foi nesse período que propostas de mudança e intensos debates surgiram, envolvendo o Congresso Nacional, técnicos do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, intelectuais, professores e pesquisadores críticos do modelo vigente, com destaque para o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES / 1976), a ABRASCO (1979) e os centros acadêmicos da UERJ e ENSP/FIOCRUZ.

Dentro desse contexto, com a organização de uma nova agenda de reformas para o setor público de saúde, iniciou-se o esboço do que mais tarde viria a ser o SUS: o PREV-SAÚDE (1979), que traduzia o pensamento contra o modelo adotado até então, sendo um desenho "quase-SUS".

No início dos anos oitenta, o sistema de saúde brasileiro era centralizador de decisões em nível financeiro e operacional; seu financiamento se dava por contribuições sociais e se apoiava na captação de recursos independentes do orçamento fiscal (extremamente vulnerável às crises econômicas); as redes de atendimento eram separadas e não integradas, com caráter privatizante, deteriorador da capacidade instalada do setor público, segmentado; o acesso era diferenciado e predominantemente

hospitalocêntrico, sem hierarquia, regionalização, sistemas de referência ou mecanismos de integração.

Observa-se ainda, no período, uma redução dos recursos da Assistência Médica da Previdência Social (diminuição da participação do INAMPS nas despesas do SINPAS) e uma crise financeira, caracterizada pela ampliação da cobertura sem a criação de fontes e mecanismos de financiamento (em 1981 é decretada a falência do setor e há uma ampliação do debate público). No início dos anos oitenta, a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada com a crise do regime militar.

A desaceleração da economia e a redução da massa salarial refletiam diretamente na arrecadação de recursos para fazer frente aos benefícios previdenciários e às demandas por serviços de saúde. Em meio a toda essa conformação de crise, o governo busca e adota medidas racionalizadoras para programas, ações e custos da atenção médica. A de maior relevância é a criação do CONASP (1981) – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – com o objetivo de propor medidas para o controle de despesas da previdência em função da crise.

O plano CONASP, elaborado pelo referido conselho, resultou na implantação do SAMPHS – Sistema de Administração Hospitalar e Saúde (Portaria nº 3.046). Estabelecia teto para os valores pagos por agravo/atendimento dentro de um mesmo procedimento e na formulação das AIS – Ações Integradas de Saúde –, que propunham "*descentralizar a atenção médica, integrar, regionalizar e hierarquizar as ações e serviços de saúde*" (COSTA & MOEDA, 2001: 18).

Inicialmente, elas foram incorporadas mais intensamente na esfera discursiva do que na prática (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994). A partir da Nova República

(1985), as Ações Integradas de Saúde ganharam expressão nacional e se tornaram o eixo fundamental no processo de descentralização da saúde, pois criaram infra-estrutura fundamental de rede física de cuidados básicos e representaram um impulso político aos níveis subnacionais de governo (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Houve grande expansão na capacidade instalada municipal e uma rápida expansão dos serviços produzidos na segunda metade dos anos oitenta, devido às medidas de estímulo ao desenvolvimento das unidades públicas.

De acordo com Luz (1991), durante a transição de um regime ditatorial para uma situação democrática, procurava-se superar os problemas sociais e, nessa tentativa, surgiram práticas institucionais inovadoras relacionadas à participação popular e práticas de descentralização institucional.

> *"O governo da Nova República favoreceu a descentralização dos serviços em níveis municipal e distrital, por meio de programas pilotos, procurou institucionalizar a 'participação popular' nos mesmos serviços, ratificando uma tendência que já vinha do início dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS)"* (LUZ, 1991: 87)

No entanto, apesar dos avanços, as AIS não foram capazes de resolver a centralização do poder decisório no âmbito federal.

Os anos oitenta constituíram um período de transição para o modelo de seguridade social calcado no tripé saúde, previdência e assistência social, mais tarde evidenciado na Constituição de 1988, haja vista a constatação, nos anos precedentes, da inevitável necessidade de segregação dos recursos destinados a custear benefícios previdenciários e a prestação de serviços de assistência à saúde. Posta estava a crise do

modelo médico-assistencial privatista, com o simultâneo crescimento da demanda da população por serviços de saúde *vis à vis* a diminuição das receitas públicas e privadas.

Dois eventos foram fundamentais no processo de transformação do modelo assistencial em saúde e evidenciaram o caráter de urgência da implementação da RS: a VIII CNS, em 1986, e a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, que incluiu os princípios fundamentais da RS na Constituição brasileira, sancionada em 1988.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) pode ser considerada um marco dentro do Movimento de Reforma Sanitária. Contou com a participação de cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais. Seu relatório destaca, entre outros, o conceito ampliado de saúde, que passa a ser vista como um direito de todos e um dever do Estado.

Em 1987 ocorreu a criação dos SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS. Os SUDS tinham como diretrizes: universalização e eqüidade no acesso, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações, implementação dos distritos sanitários, instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

De acordo com Noronha & Levcovitz (1994), o SUDS objetivava a democratização do acesso aos serviços de saúde, acabar com as categorias diversificadas de cidadãos e a organização da rede sob padrões técnicos apropriados. Sua proposição central era restringir o nível federal às atividades de coordenação política, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação das relações com o setor privado.

O SUDS ocasionou uma reformulação do INAMPS (redução de estrutura e pessoal), delegando às Secretarias Estaduais de Saúde grande parte do poder decisório que antes caberia ao INAMPS.

A estratégia do SUDS era focalizar a atenção no processo de descentralização e fortalecimento dos níveis periféricos do sistema, envolvendo inicialmente os estados, mas caminhando em direção aos municípios. Os profissionais de saúde reivindicavam uma transferência efetiva do poder de decisão para os estados e municípios, contrariamente à tendência centralizadora – caminhando-se assim para a descentralização institucional da saúde. Nesse processo ocorreram resistências, mas houve firme envolvimento do CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Municipal de Secretários Municipais de Saúde) na condução do SUDS como movimento descentralizador.

Em 1988 o SUDS adquire formalidade jurídico-formal, através do Convênio-Padrão SUDS 01/88, num mecanismo de estadualização da gestão de serviços de saúde, mantendo o município em papel coadjuvante e preservando as normatizações ainda em nível nacional, como as tabelas de pagamento por serviços. Observa-se significativa heterogeneidade de padrões de relacionamento entre Estado e municípios, com maior ou menor modelo descentralizador.

A expansão da oferta pública, a integração / unificação e descentralização das ações de saúde e a universalidade (direito à saúde como direito de todos) constituíram um novo marco legal que, aliado aos movimentos pela reforma sanitária (no bojo da sociedade ou no aparelho estatal) e ao impulso proporcionado pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a criação do SUDS, culminou com a formulação do novo pacto social. A saúde passou a ser entendida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, e a eqüidade como referência no acesso aos serviços de assistência à saúde.

Estava instalado um novo arcabouço político-institucional da saúde pública no Brasil, com a configuração técnica e legal do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo que ganhou *status* constitucional, com a promulgação da Carta Magna em 1988.

A Constituição Cidadã, como ficou conhecida a Constituição de 1988, amplia os direitos políticos, civis e sociais de forma jamais vista até então no país. Segundo Faveret & Oliveira (1990), é através dessa Constituição que se inicia a primeira experiência brasileira de uma política social universal. De acordo com o texto constitucional, as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em torno de três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL. Constituição de 1988, art.198).

O capítulo da Saúde retrata a essência do pensamento da Reforma Sanitária, através da ampla concepção do processo saúde-doença, da garantia universal do direito à saúde, das diretrizes para a ampla reorganização do sistema de serviços de saúde sob a responsabilidade do Estado e do avanço conceitual, ao incluir a saúde no âmbito da seguridade social. Ficou estabelecido que o campo da seguridade social, de acordo com a Constituição de 1988, compreenderia um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relacionados à saúde, à previdência e à assistência social.

Para Costa & Moeda (2001), a década de 1980 termina sem que a transformação dos serviços de saúde tenha se concretizado, mas garante os princípios da Reforma Sanitária na nova Carta Constitucional. Um de seus produtos foi a reorganização do sistema de saúde nacional e a implantação do SUS em 1990, pois, embora explicitada na Constituição de 1988, a implementação do SUS iniciou posteriormente a criação das Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (Leis nº 8080/90 e 8142/90) e de várias normas e

portarias emitidas pelo Ministério da Saúde que serviram de instrumentos de regulação do sistema.

No final do ano de 1990, foram aprovadas as leis que regulamentam e aprofundam o modelo concreto de desenvolvimento do SUS (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90). Esta, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS), complementaram o texto constitucional, estabelecendo, principalmente, normas em relação aos objetivos, campos de atuação e princípios do SUS, competências de cada esfera de governo, participação complementar da iniciativa privada e financiamento setorial.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, amplia a definição de saúde dada na Constituição de 1988, identificando a universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e a eqüidade – ou seja, a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, agrega a participação da comunidade, garantindo a participação dos cidadãos, por meio de suas entidades representativas, que poderiam participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis do sistema, do local até o federal.

Tanto a Constituição de 1988 quanto a Lei nº 8.080/90 possibilitaram a oportunidade de ter direito a ter direito (direito a vida, saúde, voz e participação – mais uma tentativa de exercício de cidadania). O direito à saúde consagra as propostas de Reforma Sanitária.

O sistema de saúde vinha passando por um processo de descentralização político-administrativa desde meados da década de oitenta – desde as AIS. Porém, a partir da Constituição de 88 e das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, os municípios surgem como atores privilegiados e responsáveis pela execução das principais ações e serviços de saúde.

A edição das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142 estabeleceu os critérios de repasse de recursos do nível federal para estados e municípios, definindo instâncias colegiadas e deliberativas (Conselhos de Saúde, nacional, estaduais e municipais) com a participação de representantes de governo e da sociedade civil (prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários do sistema). Forneceu ainda a base legal para implantação da seguridade social e do SUS, com o desenvolvimento de novo modelo técnico-assistencial, trazendo um conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção. Pela primeira vez na história do país, antes que as diretrizes propostas fossem amadurecidas e fossem de encontro às tendências dominantes, implantaram-se práticas que antecederam o próprio modelo de implementação.

A NOB 01/96, implementada em 1998, favoreceu mudanças nas práticas de atenção à saúde com estímulos financeiros a ações específicas – por exemplo, o PSF e o PACS. Os recursos financeiros transferidos aos municípios têm como destino a Atenção Básica e sua base de cálculo se dá através de critérios populacionais. Isso permitiu repensar as práticas de atenção, visto que os recursos eram, até então, repassados mediante os serviços produzidos, fazendo da atenção à saúde uma mercadoria em que prevalecia a lógica de mercado –maior produção igual a maior a remuneração – não considerando a qualidade da atenção.

Na época em que se iniciava a implantação do SUS, o país passava por um período de incertezas econômicas, com desajustes nas finanças públicas e oscilações das

taxas de crescimento, o que resultou num decréscimo do gasto público em saúde no início dos anos noventa. Além disso, detectavam-se taxas de crescimento para grupos de terceira idade, revelando uma mudança no perfil demográfico, passando a predominar as doenças crônico-degenarativas. Houve combinação paradoxal de declínio da mortalidade com aumento da morbidade, o que revelou uma mudança no perfil epidemiológico da população.

Todo esse contexto passou a ser denominado, nos anos noventa, de crise da saúde, e foi um dos determinantes para o estabelecimento da reforma incremental do SUS (ou da reforma da reforma[10] da saúde no Brasil) que teve início em 1995. Define-se o processo de reforma incremental como um conjunto de modificações no desenho e operação da política.

A reforma do sistema público de saúde implica necessariamente a mudança do cotidiano dos serviços e da relação entre os profissionais e os usuários, requerendo que se pense em composições de modelos de atenção "mais abertas à produção negociada do viver em sociedade, propiciadoras da construção de sujeitos autônomos" (CAMPOS, 1997: 18).

Segundo Merhy (2002), no interior das principais correntes envolvidas com a Reforma Sanitária brasileira, tem-se tomado como eixo

> *"que a rede básica deverá ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, visando uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um redebasicocêntrico"* (MERHY , 2002: 198)

[10] Expressão utilizada por Campos para designar as muitas "reformas" pelas quais o sistema de saúde brasileiro vem passando. Para mais informações, consultar: Campos (1997).

Pressupõe-se um *mix* de práticas sanitárias e sociais, visto que a saúde é considerada um produto social e que exige a intersetorialidade de práticas e ações.

A emergência de novas práticas gerenciais no setor público e da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB01/96) reforçou o processo de reforma e levou à elaboração de novos modos de atenção à saúde. A construção de novos modelos tecnoassistenciais evidencia uma questão central: a necessidade de transformar o modo como se estruturam as práticas de saúde, a partir das formas cotidianas de operar o trabalho em saúde, da relação entre os serviços e a demanda, da percepção e da relação com o objeto de trabalho: a vida e o sofrimento das pessoas e da coletividade.

Merhy (1994) propõe um modelo tecnoassistencial em saúde chamado de "em defesa da vida". A vida, que por muito tempo esteve alijada (posta de lado) pelas políticas de saúde, ocupa agora lugar central nas práticas e debates do campo da saúde. Segundo Cecílio (1994), esse modelo tecnoassistencial

> *"pressupõe a garantia do acesso dos cidadãos a todo desenvolvimento tecnológico hoje à disposição da humanidade, para prolongar e melhorar a qualidade da vida das pessoas, o desenvolvimento de uma consciência sanitária que contribua para que os homens e mulheres possam caminhar no sentido de reconhecer e lutar por suas necessidades mais legítimas; o desenvolvimento de formas criativas e eficazes de controle dos cidadãos sobre o Estado, no sentido de que o mesmo possa ser um dos espaços para a construção de uma vida melhor para todos"* (CECÍLIO, 1994: 26).

A década de 1990 trouxe reformas importantes no sistema de saúde no Brasil. As propostas para a saúde constituem a agenda global, e a implementação da agenda de reformas e os resultados obtidos estão na dependência de alguns fatores, a saber: exigências econômicas, interesses organizados e dimensão política. Desde o início da

implantação do SUS, alguns problemas que estiveram presentes foram: o financiamento das ações de saúde, a definição clara para as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), as formas de articulação entre o público e o privado e a resistência do antigo modelo assistencial (baseado na doença e nas ações curativas individuais).

O resultado do movimento de Reforma Sanitária trouxe mudanças importantes no sistema de saúde brasileiro: considerou-se a Previdência exclusivamente responsável pelos benefícios de tipo securitário, dela excluindo-se relações com a saúde e assistência social; houve a criação do arcabouço constitucional para a saúde e grandes avanços no processo de descentralização.

No entanto, o processo ainda precisa ser mantido, para que os princípios garantidos no texto constitucional se efetivem na prática. Durante sua implementação, observa-se crescente consciência social e que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania.

Estamos caminhando na direção dessa utopia, com alguns tropeços, por alguns caminhos nebulosos, por vezes devagar, mas sem dúvida é possível afirmar que estamos caminhando e precisaremos nos lançar diante de novas utopias, para que continuemos a buscar melhores condições de saúde e, por que não dizer, de vida.

1.2. A implementação do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil:

Outra vez.... Essa história de novo...

A Reforma Psiquiátrica surge em decorrência do intenso debate que se propagou no país a partir dos anos setenta, frente aos movimentos de redemocratização, de luta pelos direitos humanos, sociais e civis da população, de busca por melhores condições

de vida, de queda da censura e pelo fim do governo militar. Período fértil para a construção de políticas mais "justas" e, por que não dizer, mais humanas. E é nesse cenário que o movimento da Reforma Psiquiátrica se constitui e toma força, impulsionado pela implementação da Reforma Sanitária.

Nascido no âmbito da Reforma Sanitária e afirmando-se como de caráter democrático e social, propõe buscar melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico, levando a discussões e debates sobre questões relacionadas à conquista e exercício de cidadania, entre outras. O movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica partem de princípios e diretrizes semelhantes e vislumbram a construção de formas mais humanas e mais acolhedoras de se pensar e promover a saúde, propondo um alargamento na concepção do processo de saúde e de doença, implicando a elaboração de novos modos de atenção que contemplem essa perspectiva mais ampliada.

A transformação da assistência psiquiátrica, a qual se convencionou denominar de Movimento de Reforma Psiquiátrica, constitui um processo histórico que adquiriu maior visibilidade no final dos anos setenta e no início dos oitenta, com a retomada dos movimentos sociais. Surgiu em estreita vinculação aos temas e às questões políticas que ocuparam a agenda da sociedade, naquele período, buscando produzir transformações nos campos teórico e técnico assistencial, jurídico, político e sociocultural.

Sua principal reivindicação fundamentava-se no reconhecimento do caráter excludente e segregador das políticas e práticas adotadas nesse campo. Propõe-se, então, resgatar a história, tornar possível a vida das pessoas confinadas no interior dos hospitais psiquiátricos, além de impelir a elaboração de modos mais humanizados e dignos de cuidado[11].

[11] O cuidado, segundo Boff (2002), corresponde a um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas. Abrange mais que um momento de atenção, representando uma

Como movimento social, amplia a pauta de discussões e reivindicações, propõe a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto pelas práticas assistências quanto pela soberania do saber médico sobre a loucura[12]. Inclui na agenda social temas primordiais do debate, tais como cidadania e exclusão social, não se restringindo apenas ao setor saúde, mas abrangendo e implicando outros segmentos sociais. Busca desenvolver estratégias que permitam ampliar suas fronteiras de atuação para além dos bem-demarcados limites dos hospitais psiquiátricos e do meio acadêmico.

Estamos diante de um amplo processo de transformação no campo da saúde mental. A assistência psiquiátrica, que era pautada na exclusão, na segregação e na adoção de práticas equivocadas em nome de uma melhor atenção, passa a adotar em seu cotidiano um estatuto ético, consolidado através da participação de diferentes atores sociais. Passa-se a questionar o modelo instituído, as práticas vigentes – enfim, coloca-se a instituição psiquiátrica em questão. Procura-se, então, desenvolver práticas pautadas na responsabilização, na territorialidade e na inserção nas redes sociais. De acordo com Amarante:

> *"passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas um processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais ; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas"* (AMARANTE, 1994: 81).

---

atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Cuidar das pessoas implica ter intimidade, acolhê-las quando necessário... Portanto, cuidar é mais que um ato, é uma atitude que se opõe ao descuido e ao descaso.

[12] De acordo com Amarante (1997: 165), "*loucura* é uma expressão genérica, que diz respeito às representações sociais dos fenômenos percebidos como operadores de uma ruptura com os padrões éticos, morais, sociais, culturais ou, ainda, comportamentais de uma determinada estrutura aceita enquanto norma ideal. Já a *doença mental* diz respeito a uma construção no âmbito do saber médico, que busca apreender os fenômenos enquanto distúrbios, transtornos ou lesões, com etiologias definidas ou por definir".

O movimento foi impulsionado pela criação do movimento de trabalhadores em saúde mental, em 1978; pela criação do movimento de luta antimanicomial[13], em 1987; pela criação de serviços como o NAPS de Bauru, em 1987; o CAPS São Paulo, em 1987; os NAPS de Santos, em 1989. E ainda pela a aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, de autoria do deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recentemente, foi implementada a Portaria nº 336/02, do MS, que estabelece critérios para a denominação dos CAPS de acordo com a complexidade do serviço e da abrangência populacional.

Segundo Kinoshita (2001), após a Segunda Guerra Mundial, uma imagem negativa dos hospitais passou a vigorar, com crescentes críticas, movidas por profissionais, políticos e ex-pacientes, às condições em que eram tratados os usuários desses dispositivos. O contínuo crescimento do número de pacientes crônicos internados nos hospitais psiquiátricos reforçava o clamor da necessidade de mudanças.

Desde a II CNSM já havia diretrizes que apontavam para a garantia e (re)construção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a transformação dos modos de atenção, de forma a superar o hospital psiquiátrico. A implantação do SUS e as significativas transformações estruturais daquele período conformaram um novo quadro na atenção à saúde e propiciaram a implementação de uma nova política de saúde mental. A questão da Reforma Psiquiátrica se inscreveu na agenda pública e a loucura pode sair das periferias da cidade e saltar os muros dos hospitais psiquiátricos.

---

[13] Movimento de luta antimanicomial "é um movimento nacional, com núcleos estaduais e municipais, que reúne protagonistas (técnicos, usuários e seus familiares) de uma reforma psiquiátrica, que tem como lema "Por uma sociedade sem manicômios". O marco constitutivo do MLA é de 1987" (CAMPOS, 2000: 26).

Dentre os fatos que marcam essa trajetória, está a criação do movimento da luta antimanicomial, que permitiu ampliar o campo das discussões acerca da saúde mental, incluir diferentes atores sociais no processo e tornou públicas as péssimas condições em que eram "confinadas" as pessoas que necessitavam de tratamento. A questão ganhou espaço na imprensa, tornando-se eminentemente pública, o que impeliu a tomada de "providências", tanto por parte do poder público quanto por parte da sociedade civil organizada, que não pôde mais "acovardar-se" diante de tal absurdo.

Com esse movimento construiu-se o discurso, quase hegemônico na sociedade, de se pensar que as ações de saúde mental devam ocorrer prioritariamente fora do hospital psiquiátrico. É preciso substituir a lógica manicomial, mais que substituir os hospitais psiquiátricos. Assim como Arouca *apud* Freire (2003) afirmava que a Reforma Sanitária não deveria ser confundida com a criação do SUS, a Reforma Psiquiátrica não deve ser confundida com a criação de serviços ditos substitutivos, pois inclui, entre outros, crítica ao modelo hospitalocêntrico (que foi duramente criticado, sendo objeto de inúmeras tentativas de mudanças), participação da comunidade, revisão da legislação psiquiátrica, criação e diversificação de serviços e ampliação de serviços de base territorial.

Tendo sido a Reforma Psiquiátrica impulsionada e influenciada pelo movimento da Reforma Sanitária, não haveria como esta se consolidar, pois não tinha como base os mesmos princípios e diretrizes formuladas por esse movimento, também em curso no país. No entanto, o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira percorreu e ainda percorre um caminho um tanto diferente daquele percorrido pelo movimento de Reforma Sanitária. Por isso se caraterizou fortemente como um movimento social, pois enquanto a Reforma Sanitária priorizou o Estado (seu aparato jurídico e administrativo) como o *locus* de suas práticas transformadoras (PAIM, 1997), a Reforma Psiquiátrica,

movida por movimentos contra-cultura, se "deteve" nos microprocessos de transformação cultural.

De acordo com Yasui (2002), podemos dizer que o movimento dos trabalhadores em saúde mental e o movimento nacional da luta antimanicomial possibilitaram o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O movimento de trabalhadores em saúde mental proporcionou um debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação, reclusão e discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social. A violência das instituições psiquiátricas foi então apresentada à sociedade civil.

O movimento de RP consiste numa luta contra a segregação, a violência, a discriminação, a exclusão, apontando para uma transformação social. É uma reforma técnica, administrativa, mas sobretudo uma reforma existencial, uma outra forma de olhar, escutar e cuidar da loucura. De acordo com Amarante (1998: 87), esse movimento consiste num processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. É, portanto, um processo de ruptura do saber psiquiátrico em lidar com a loucura, de rompimento com conceitos e com o aparato que se montou em torno da loucura. A Reforma Psiquiátrica foi um processo constante de transformações nos campos assistencial, cultural e conceitual. Objetivou não só o fim dos manicômios, como também a transformação da sociedade. Yasui (2002) afirma que este não é só um questionamento de conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, e sim a construção de novos paradigmas.

Na definição de Amarante

> *"A Reforma Psiquiátrica não diz respeito, exclusivamente, à medidas de caráter tecnocientífico ou organizacional*[...]*é um* <u>*processo permanente*</u> *de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual*[...] *seu* <u>*objetivo seria*</u> *poder* <u>*transformar as relações que a*</u> <u>*sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura*</u>*, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de* <u>*estabelecer com a*</u> <u>*loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade*</u>*, de positividade, e de cuidados"* (AMARANTE, 1997: 165, grifos meus).

O movimento da Reforma Psiquiátrica tem proporcionado intenso debate sobre as novas exigências políticas e éticas no contexto das transformações assistenciais propostas pela nova política nacional de saúde mental. De acordo com Amarante, poderíamos definir que

> *"o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica constitui-se em poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados"* (AMARANTE, 1997: 165).

Sendo assim, poderíamos dizer que os princípios da Reforma Psiquiátrica estão pautados em algumas noções e conceitos, como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos, acessibilidade, atenção territorial e integralidade do cuidado.

- **ARTICULAÇÃO**:

A Reforma Psiquiátrica um processo social complexo[14], que impele para o desenvolvimento de articulações com outros saberes, com outras áreas de conhecimentos, outras práticas. Propõe uma interlocução constante com outros campos. Também convoca diferentes atores sociais, o que o torna um campo permeável, plástico, poroso, que dá idéia de construção e reconstrução, de movimento. Articulando-se, poderemos dar maior sustentação ao campo, além de trabalharmos na viabilização de transformações sociais, fazendo a Reforma Psiquiátrica acontecer.

De acordo com Yasui (2004: 75), "a desinstitucionalização, como categoria central da Reforma Psiquiátrica, aponta para a criação de uma rede que estabeleça parcerias e laços com outros setores das políticas públicas". As redes conectam pessoas, instituições, serviços, laços, tecem vidas e podem estabelecer uma nova conexão entre Estado e cidadania e, assim, uma nova relação de reconhecimento entre as pessoas (LOSICER, 2000). Implicam uma redefinição das políticas sociais, uma recomposição do papel do Estado e das coletividades.

De acordo com o relatório final da III CNSM (2002), a formulação da política de SM, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, esporte, trabalho, lazer etc., além do estabelecimento de parcerias com universidades, Ministério público, ONGs etc.

[14] De acordo com Rotelli (1990: 53), "a implementação de uma reforma social é sobretudo um processo complexo, no qual se produzem inovações nas características e nas formas de presença dos atores, nos conteúdos e nos modos de conflito".

- **ACOLHIMENTO**:

De acordo com Silveira (2003: 47), "não se trata meramente de um mecanismo de humanização do atendimento na atenção básica, mas caracteriza-se sobretudo por ser uma estratégia que utiliza os elementos presentes no processo de subjetivação dos sujeitos como recursos auxiliares na co-produção da saúde".

Para Rotelli (1990: 90), o objeto da psiquiatria é a "existência do sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. O mal obscuro da psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. Com a idéia formulada por Rotteli, de colocar a doença entre parênteses, é a pessoa que passa a ser o objetivo do trabalho e não mais a doença. Colocar a doença entre parênteses não é negar sua existência. Segundo Campos (2001), colocar a doença entre parênteses é trazer para o centro do foco os usuários do serviço.

De acordo com o relatório da IIICNSM (2002: 38), "os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada, garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania".

- **RESPONSABILIZAÇÃO**:

Para Dell' Acqua (1991: 62), "o serviço deve responsabilizar-se pela saúde mental de toda a área territorial de referência e isto pressupõe um papel ativo na sua promoção". No entanto, essa tarefa não pode ser restrita aos serviços de saúde mental.

Estes, juntamente com os demais segmentos sociais que compõem a rede social, devem articular-se a fim de promover melhoria nas condições de saúde e de vida das pessoas. Para Amarante (1996: 78), é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença.

Acolhimento e responsabilização são conceitos amplos que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas.

De acordo com a Portaria nº 336/02, os CAPS devem se responsabilizar pela coordenação do gestor local e pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. A responsabilização pela clientela atendida deve ser um princípio norteador dos novos modos de atenção em construção.

- **ESTABELECIMENTO DE VÍNCULOS:**

De acordo com Campos (2003: 28), podemos definir vínculo como a "circulação do afeto entre as pessoas [...] resultando da disposição de acolher, de uns, e da decisão de buscar apoio, de outros". A noção de vínculo está atrelada a outros conceitos, como o da continuidade, responsabilização, acolhimento e acessibilidade. Vínculo que se constrói a partir da necessidade de quem demanda atendimento e de um outro que possa atendê-lo, ouvi-lo. Está atrelado também a outros conceitos e noções, como o do afeto, da responsabilização, da continuidade.

Ainda segundo Campos (1999), a reordenação do trabalho em saúde conforme a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde.

- **INTEGRALIDADE DO CUIDADO:**

Diferentemente da noção de integralidade trabalhada nas diretrizes do SUS, descrita no artigo 1988 da Constituição e na LOS nº 8.080/90, integralidade se define como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Vinculada ao acesso aos diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção à saúde, a saúde mental tem adotado o termo integralidade na maioria das vezes para compreender o indivíduo como um sujeito integral, que possui necessidades diferentes e em momentos diferentes, estando relacionada à noção de direito.

A noção de integralidade extrapola esse conceito jurídico-institucional e ganha outras dimensões. Para Furtado & Tanaka (1998), a assistência integral envolve cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual; e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade. E é essa concepção de integralidade que adotamos, para fins do presente estudo.

É necessário ressaltar a importância da Conferência Regional para a Reorganização da Assistência Psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde, realizada na Colômbia, que desenhou os caminhos da Atenção Primária à Saúde, com a Declaração de Caracas (1990). Constatou-se que:

> *"a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com o atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; pois tem o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial. Impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio gerando, dessa forma, maior incapacidade social;*

b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores" (Declaração de Caracas, 1990).

E declarou:

"que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao atendimento Primário à Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento [...]*"* (Declaração de Caracas, 1990).

Pode-se arriscar dizer que o modelo hegemônico da Reforma Psiquiátrica brasileira é o da Atenção Primária à Saúde (APS), preconizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (APS/OPAS), mas a experimentação brasileira lhes deu novos desenhos, conformando modelagens próprias em cada lugar.

Entretanto, a saúde mental no modelo da APS, embora no discurso diga ser antimanicomial, não dispensa a presença do hospital psiquiátrico. Porém,

paradoxalmente, acredita que, cercando o hospital psiquiátrico de uma rede alternativa e na comunidade, se conseguirá torná-lo desnecessário. Devido à ineficácia do modelo assistencial vigente, segregador e cronificante, algumas iniciativas da OMS/OPAS, dentro da concepção dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), preconizam a assistência ambulatorial. Experiências localizadas, principalmente na Itália, começam a ser difundidas e chegam ao Brasil, iniciando um amplo processo de crítica acerca do dispositivo psiquiátrico. A partir de então, é deflagrado um movimento para a busca de alternativas assistenciais extra-hospitalares, sendo os ambulatórios públicos um bom exemplo dessa primeira tentativa, ainda que malograda de reorientação da assistência.

Um dos objetivos que impulsionaram a criação dos ambulatórios se refere à diminuição das internações hospitalares, procurando-se captar a população egressa dos hospitais, evitando-se os altos índices de reinternação. Entretanto, essa experiência conduziu à criação de uma nova demanda, distinta da hospitalar, psiquiatrizando e psicologizando problemas da vida cotidiana.

É necessário destacar que a política dos ambulatórios não representou uma tentativa de inversão do modelo assistencial e nem uma mudança paradigmática, no sentido de romper com os pressupostos da psiquiatria clássica. Até a década de setenta, o modelo assistencial era pautado exclusivamente em práticas asilares e hospitalocêntricas, sendo a internação psiquiátrica uma oferta compulsória de tratamento e um dispositivo social de exclusão.

Já em meados dessa mesma década e ao longo dos anos oitenta, delineou-se um *mix* de ações no âmbito assistencial, no sentido da estruturação de uma rede em que o público e o privado passam a alimentar o circuito manicomial – ressaltando-se que o grande incremento das internações psiquiátricas se deu na esfera das instâncias privadas, através de convênios ou contratações de leitos pelo SUS. A proposta do CONASP/82

para a área de saúde mental previa: reorientação da assistência psiquiátrica, com ampliação da rede ambulatorial, com equipes nas unidades básicas; e criação de ambulatórios, de leitos em enfermarias nos hospitais gerais e diminuição de leitos em hospital psiquiátrico.

O modelo tradicional operava com base em dois tipos de exclusão: não se ter acesso a serviços de qualidade, tendo a internação como recurso prioritário, e a outra, da exclusão do próprio tratamento, um modelo político que excluía os diferentes e as diferenças. Neste modelo, ainda predominante, prevalece um olhar que poderíamos caracterizar como sendo de um "reducionismo biologicista" (KINOSHITA 2001: 79). Os paradigmas fundantes da psiquiatria operam uma simplificação e estabelecem dicotomias entre saúde / doença, normal / patológico etc. De acordo com Kinoshita (2001):

> *"A busca por causas orgânicas inevitavelmente aproxima a psiquiatria do modelo médico. O deslocamento do olhar médico para a busca dos fatores etiológicos e de tratamentos orgânicos provocou uma modificação na atividade dos psiquiatras. Ganha-se espaço o tratamento orgânico com comas insulínicos, terapias convulsivas induzidas, eletroconvulsoterapia, lobotomia, entre outras técnicas.* [...] *O que gerou um distanciamento entre psiquiatras e pacientes e um desinteresse pelas condições do ambiente hospitalar.*[...]. *Segundo Grob apud Kinoshita, os psiquiatras voltaram as costas para as funções de cuidados que havia sido um elemento intrínseco da medicina asilar do séc. XIX"* (KINOSHITA, 2001: 40).

De acordo com o relatório da II CNSM, 2002, a efetiva superação do modelo asilar exige a implantação de uma política de desospitalização / substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a concomitante construção de uma rede

substitutiva que assegure assistência integral e de qualidade, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e em conformidade com a Lei Federal nº 10.219/01.

Em palestra proferida no I Congresso Brasileiro de CAPS[15], o Ministro da Saúde, Humberto Costa, afirmou que estamos vivenciando a eutanásia do modelo asilar, quando falava do fechamento dos leitos e dos hospitais psiquiátricos. "Não se trata, aqui, unicamente em desconstruir manicômios e, sim, reinventar, não apenas a psiquiatria, mas a própria sociedade em que vivemos" (BEZERRA JR., 1992: 113).

A desinstitucionalização requer desmontar as respostas científica e institucional, romper a relação mecânica causa-efeito na análise de constituição da loucura, para, então, desconstruir o problema, recompondo-o, recontextualizando-o, recomplexificando-o (DE LEONARDIS *apud* NICÁCIO 2003: 93).

No Brasil, nas últimas décadas, o campo da atenção psiquiátrica tem sido marcado por um processo de críticas e de elaboração de proposições de transformação denominado Reforma Psiquiátrica. No final dos nos 80, a insígnia "Por uma sociedade sem manicômios", formulada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, produziu uma ruptura com os marcos conceituais e as estratégias políticas e operativas até então delineados, abrindo um novo campo de possibilidades e desafios éticos, teóricos, sociais, institucionais e jurídicos.

Na década de 90, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas como as principais diretrizes para o processo de reforma psiquiátrica e para a implementação da política nacional de saúde mental, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural (NICÁCIO, 2003).

[15] I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial - Saúde Mental: cuidar em liberdade e promover cidadania. Realizado na cidade de São Paulo,de 28 junho a 1º de julho de 2004.

Talvez o marco institucional mais importante desse movimento tenha sido a aprovação na Câmara, e depois no Senado, da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei legaliza e dá legitimidade a um processo que já vinha ocorrendo na sociedade civil e, de acordo com seu autor, o Deputado Paulo Delgado, "não é uma lei médica, é uma lei social"[16].

A Reforma Psiquiátrica Brasileira encontrou na implantação do SUS as condições institucionais de desenvolvimento. A implementação de políticas públicas ancoradas na ampliação do direito universal à saúde criou um ambiente favorável à multiplicação das inovações assistenciais do campo da saúde mental. A política nacional de saúde mental reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional. Tal reorientação pode ser observada na diminuição do total de leitos psiquiátricos no país nos últimos oito anos, em cerca de 26,6%.

Outro apontamento nesse sentido diz respeito ao aumento do número de CAPS no mesmo período em cerca de 190%. Segundo Freire (2003: 12), pode-se observar uma tendência à inversão do modelo de assistência em saúde mental, havendo uma retração do modelo hospitalar em detrimento do modo de atenção psicossocial. Isto pode ser evidenciado quando se comparam os gastos financeiros do MS no período de 1996 a 2002: os gastos com recursos hospitalares apresentaram variação de 0,36%, enquanto os gastos com dispositivos territoriais variaram em 168% no mesmo período.

Esta é apenas mais uma das evidências que sugerem as mudanças na política nacional de saúde mental. Poderíamos somar a eles outros indicadores, como a redução do número de leitos, o crescimento do número de serviços como CAPS, moradias

[16] Citação feita em palestra proferida pelo deputado Paulo Delgado no I Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial - Saúde Mental: cuidar em liberdade e promover cidadania. Realizado na cidade de São Paulo, de 28 junho a 1º de julho de 2004.

assistidas, clubes de lazer, centros de convivência, entre outros. Porém, os "antigos" paradigmas, embora contestados, ainda permeiam muitas ações no campo da atenção à saúde mental.

De acordo com o relatório da III CNSM (2002), reconhece-se o avanço da Reforma Psiquiátrica e a importância das diversas iniciativas de implementação de outros modos de atenção psicossocial. Mas o modelo de assistência tradicional ainda predomina, fato que pode ser observado pela discrepância da capacidade instalada e através dos gastos com a rede hospitalar. Entretanto, para Costa-Rosa (2000: 141-168), estamos diante de um confronto entre o modo asilar e o modo de atenção psicossocial. Este propõe o estabelecimento de quatro parâmetros para indicar a adoção do Modo Psicossocial e as respectivas mudanças decorrentes de sua adoção, que possibilitam, de fato, perceber a transformação de paradigma e a superação do modo asilar:

- concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com ela: contrapõe-se à ênfase na determinação orgânica do adoecimento e adota o trabalho transdisciplinar, onde possa haver intercessão entre os saberes e práticas;
- concepções da organização das relações institucionais: preconiza-se a horizontalidade nos processos de trabalho e procura-se o desenvolvimento de articulações intersetoriais;
- concepção da forma das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral: propõe o estabelecimento de vínculos, de trocas, o serviço trabalhando para a construção de outros agenciamentos;

- concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos: o modo psicossocial defende a garantia do espaço de circulação, trabalha para a construção de possibilidades, do alcance de maior qualidade de vida e na perspectiva de aumentar a autonomia dos sujeitos para viver a vida.

Esses parâmetros diferem radicalmente daqueles do modo asilar, no qual se preconiza a supressão dos sintomas, das diferenças – enfim, da vida –, produzindo-se cada vez mais a cronificação das pessoas, a pasteurização e a anulação do sujeito. Impedem-se a circulação, o diálogo, a existência salutar das diferenças e dos conflitos.

O modo de Atenção Psicossocial visa ao reposicionamento subjetivo do sujeito, propondo aliviar o sofrimento e auxiliar essas pessoas a construir sentidos para suas vidas onde estão. No centro da mudança no campo da saúde mental está o desafio de cuidar sem segregar; busca-se transformar o imaginário social, que afirma "que lugar de louco é no hospício", para uma nova concepção mais inclusiva e acolhedora da diferença.

O movimento em prol da Reforma Psiquiátrica defende uma busca por direitos, por acesso, por ampliação de cobertura, o cuidado de uma forma integral, ampla, pensando o ser humano em sua complexidade (construir uma prática de atenção à saúde, que é muito mais que um modelo). A reorientação das práticas de atenção em saúde mental deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

Para Yasui (2004), a Reforma Psiquiátrica

> *"refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, através da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco, o que implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos que são intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença"* (YASUI, 2004: 142)

Atualmente percebe-se que a Reforma Psiquiátrica ultrapassou os limites de uma transformação do modelo assistencial em saúde mental, configurando-se como um movimento de transformações jurídico, política e cultural do lugar social atribuído à loucura.

Amarante (2003: 49-53), ao compreender a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, define quatro dimensões que, em se tratando de processo, devem ser trabalhadas de forma simultânea e inter-relacionadas:

- dimensão teórico-conceitual: refere-se ao campo epistemológico, aos conceitos e saberes que respaldam as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde mental;
- dimensão técnico-assistencial: está relacionada aos modos de atenção em saúde mental e aos conceitos e práticas advindos desse paradigma;
- dimensão jurídico-política: propõe discutir questões relacionadas à revisão da legislação sanitária e psiquiátrica, resgatando para a pauta das discussões questões como cidadania, direitos (civis, humanos e sociais), ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade da redefinição das relações sociais até então estabelecidas com a loucura e com o sujeito em sofrimento psíquico;

- dimensão sociocultural: trabalha na perspectiva de transformação do imaginário social acerca da loucura, vislumbrando outro lugar para a loucura e para o sujeito em sofrimento psíquico na sociedade.

Acredito ser esta última a dimensão mais difícil de ser alcançada, face toda a história estigmatizante da loucura. Além da relação de dependência do trabalho constante das demais dimensões, de forma integrada e articulada, assegurando no cotidiano da vida outros significantes para a loucura, esta contempla o objetivo maior da Reforma Psiquiátrica, que é promover transformações sociais acerca do imaginário social da loucura.

A Reforma Psiquiátrica implica mudanças culturais e sociais radicais nesses quatro campos, e se afirma como movimento social, permitindo avançar e descobrir outros conceitos, práticas e lugares, tanto para os usuários quanto para os técnicos de saúde mental. A intercessão entre o CAPS e a ESF poderia viabilizar essas transformações, tão caras ao processo da Reforma Psiquiátrica.

CAPÍTULO 2

DISPOSITIVOS DA (RE)ESTRUTURAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

2.1. Conhecendo o Percurso da Estratégia de Saúde da Família...

As discussões sobre Atenção Primária em Saúde (APS) foram intensificadas no contexto mundial a partir da Conferência da Alma Ata (1978), quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000" (SPT, 2000).

O Brasil encontrava-se entre os países com grandes deficiências nos serviços de saúde. Perpassando essas discussões, o processo de Reforma Sanitária brasileira ganhava força, sendo que a década de oitenta pode ser caracterizada por profundas transformações no sistema de saúde do Brasil. Já a partir da metade dos anos 80, observam-se movimentos de descentralização política e administrativa nas políticas de saúde, reorganização jurídico-institucional e universalização do direito de acesso às ações e serviços de saúde, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988.

Os anos noventa também são caracterizados por mudanças na política de saúde, podendo ser destacados os avanços no processo de municipalização, as novas regras para o financiamento das ações e serviços de saúde (que acabaram induzindo novas formas de operacionalização das ações e serviços, tais como a Atenção Básica) e propostas de mudança do modelo assistencial (através da Estratégia de Saúde da Família).

A Atenção Primária em Saúde evoluiu conceitualmente desde 1920, quando Dawson fez uma proposição inicial da organização dos sistemas de saúde na Grã-Bretanha, diferenciando níveis de atenção (STARFIELD, 2002). A Conferência de Alma Ata (realizada na extinta URSS, em 1978) reconheceu a Atenção Primária como parte essencial do sistema de saúde, definindo-a como:

> *"atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na sua comunidade por meios aceitáveis para*

eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde" (OMS, 1978 *apud* STARFIELD, 2002: 30).

A APS ganha ampla divulgação ao ser disseminada pela OMS e pela OPAS como a base para a reforma e organização dos sistemas nacionais de saúde e como principal estratégia para alcançar a meta estabelecida pela Assembléia Mundial de Saúde de 1977 – promover saúde para todos. E, a despeito das grandes mudanças ocorridas no mundo desde seu surgimento, mantém-se em pauta, até o presente, como tema essencial no que se refere à organização dos sistemas de saúde.

De acordo com Starfield (2002), a Atenção Primária pode ser entendida como um nível de um sistema de serviços de saúde que oferece entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção para a pessoa, não direcionada para a enfermidade, no decorrer do tempo, dando atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordenando ou integrando a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Forma então a base, e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, sendo a responsável exclusiva por um conjunto de funções, compartilhando características com os outros níveis de atenção, tais como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, tratamento e reabilitação e trabalho em equipe. Para a referida autora, há diferentes formas de visualizá-la: um conjunto de atividades, um nível de atenção à saúde, uma estratégia para organizar a atenção à saúde e uma filosofia que permeia a atenção à saúde.

Starfield (2002) aponta, ainda, quatro características para a Atenção Primária: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação. A característica do primeiro contato está ligada à capacidade de acesso aos serviços de saúde, isto é, deve haver um lugar específico no sistema ao qual as pessoas possam recorrer toda vez que ocorram problemas. Trata-se da definição de uma "porta de entrada" no sistema, que deve funcionar como garantia de acesso para todos os usuários.

A longitudinalidade, no contexto da APS, se refere a uma vinculação duradoura entre usuários e profissionais de saúde. Garante a continuidade da atenção no decorrer do tempo, independentemente da existência de problemas ou enfermidades; o serviço passa a ser a referência para a clientela adscrita. De acordo com esse princípio, as pessoas podem contar com os serviços de saúde como fonte de atenção certa, caso necessitem, podendo participar das diversas atividades desenvolvidas, para além do tratamento de doenças, tais como aquelas relacionadas à promoção da saúde, entre outras.

A abrangência, descrita pela referida autora também como integralidade, aponta para a necessidade das unidades de saúde se organizarem de modo a garantir a seus usuários todos os tipos de ações de atenção à saúde. Considerando a característica da integralidade, os serviços devem ter capacidade para reconhecer adequadamente os problemas, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais.

A coordenação apresenta-se como componente essencial para garantir a efetividade das propostas da APS, principalmente a integralidade. Trata-se da capacidade do serviço para garantir o seguimento do usuário no sistema ou a garantia a outros níveis de atenção quando necessário, de modo a permitir a integração da atenção nos diferentes níveis e locais de prestação de serviços, rompendo com a fragmentação característica da medicina moderna.

Percebe-se que, como base, a APS aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde,

integra a atenção quando há mais de um problema, lida com o contexto no qual a doença existe, influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde e organiza e racionaliza o uso dos recursos. Essas características dão origem a outros aspectos adicionais, como: centralização na família, intervenção cultural e orientação comunitária.

No Brasil a organização da Atenção Primária se deu de forma singular, ficando conhecida como o "modelo brasileiro" de Atenção Primária.

> *"A reforma da atenção primária é uma realidade em todo o mundo....No entanto, a estratégia brasileira guarda suas particularidades como a busca da universalidade do acesso, a composição das equipes e o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde, a descentralização da gestão e a política de incentivo do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado..."* (SAMPAIO & LIMA, 2002: 20).

Para Mendes (2002), o processo de implementação da AP no Brasil percorreu a seguinte trajetória: iniciou-se na década de quarenta, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP); nos anos cinqüenta predominou o modelo sanitarista–capanhista; dos anos sessenta até a metade da década de oitenta prevalecia o modelo médico-assistencial privatista, período em que a proposta de APS ganha força e os programas de extensão de cobertura começam a ser desenvolvidos em diversas regiões do país, predominando a concepção de atenção primária seletiva; em 1976 foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, primeiramente implantado no Nordeste do país; no início da década de oitenta foram instituídas as Ações Integrais de Saúde, que permitiram a expansão da APS, tendo sido substituídas, em 1987, pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); no ano seguinte a Constituição Federal Brasileira cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que proporcionou maior extensão da APS, visto que se iniciou progressiva transferência da rede de atenção primária à saúde estadual para a rede municipal de assistência à saúde.

Viana & Dal Poz (1998) apontam que a partir dos anos noventa ocorreram importantes mudanças na política de saúde brasileira, podendo ser destacados os avanços no processo de municipalização, as novas regras para o financiamento das ações e serviços de saúde e novas propostas de mudança do modelo de atenção.

A estruturação do SUS tem sido caracterizada, ao longo dos anos noventa, pelas constantes normatizações por parte do Ministério da Saúde, numa tentativa de auxílio às esferas municipais para organizar o sistema de saúde municipal. A Norma de Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS 01/2001), publicada mais recentemente, define as ações estratégicas para a Atenção Básica no país, demonstrando a prioridade desse nível de atenção como eixo norteador para os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal), definindo responsabilidades e um conjunto de ações mínimas que todos os municípios devem executar, de modo a garantir um mínimo de condições de saúde para a população. Destacam-se sete estratégias, as saber: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da *diabetes melitus*, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal (NOAS-SUS 01/2001). Segundo a NOAS, essas modalidades de atenção devem ser ofertadas em todos os municípios do país, independentemente de seu porte. Além destas, as ações podem ser ampliadas de acordo com o perfil epidemiológico de cada localidade.

De acordo com Mendes (2002), a APS pode ser compreendida sob três aspectos distintos, como: atenção primária seletiva, ou seja, um programa de baixa densidade tecnológica e custos mínimos, com objetivos restritos à satisfação de algumas necessidades elementares de grupo humanos em situação de extrema pobreza e marginalidade; atenção primária à saúde, como o nível primário do sistema de serviços de saúde; atenção primária à saúde, como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, afetando todo o sistema. A primeira concepção expressa quase um consenso nos países em desenvolvimento – proposta para populações pobres, corroborando para a manutenção das

desigualdades sociais (proposta seletiva, oferecendo tecnologia simplificada, de baixo custo e pouco qualificada).

A APS, desde sua concepção, tem enfrentado muitas críticas, dentre as quais, a de trabalhar na perspectiva do modelo médico hegemônico, porém com a ampliação da oferta de serviços em nível comunitário. Franco & Merhy (2003) criticam a lógica racionalizadora da APS e a forma simplificada, geralmente desenvolvendo procedimentos coletivos e de baixo custo. De acordo com Mendes (2002), as Normas Operacionais do SUS sustentam um equívoco, quando estruturam suas ações como "de atenção básica", "de média" e "de alta complexidade", pois a proposta de organização piramidal dos serviços de saúde com hierarquização dos serviços por nível de complexidade crescente adota um conceito equivocado de complexidade.

Os termos Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) são usados freqüentemente na literatura e nos discursos dos profissionais da área da saúde como sinônimos ou para designarem um conjunto de ações, conceitos e processos de trabalho semelhantes. Entretanto, a definição precisa e a distinção entre ambos geram controvérsias. De acordo com Sampaio & Lima (2002), a Atenção Básica seria um termo adotado no Brasil para designar a APS. Entretanto, o Ministério da Saúde (1998) define a Atenção Básica como:

> *"um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação"* (Manual para Organização da Atenção Básica. BRASIL / MS, 1998).

A crescente discussão sobre a Atenção Básica e seu papel nos sistemas de saúde têm sido uma tendência em vários países, bem como no Brasil, buscando garantir a implementação de propostas que tragam mudanças nos modelos de atenção baseados na doença e no hospital. Estes geralmente apresentam altos custos financeiros, baixa

qualidade, baixa resolutividade das ações e serviços, além da insatisfação dos usuários (SOUZA & SAMPAIO, 2002). No caso brasileiro, existe grande aposta na descentralização e municipalização como mecanismo propulsor para a estruturação da atenção à saúde da população.

A AB fundamenta-se nos seguintes princípios do SUS, expressos na Constituição de 1988: saúde como direito (a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício); integralidade da assistência (como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais quanto coletivos, em todos os níveis de complexidade); universalidade (acesso garantido para toda a população em todos os níveis de assistência); eqüidade (igualdade na assistência à saúde, respeitando particularidades individuais, desenvolvendo ações de acordo com situações de risco e condições de vida e saúde); resolutividade (eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde); intersetorialidade (desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e os outros órgãos públicos, objetivando articular políticas e programas de interesse para a saúde); humanização do atendimento (responsabilização entre serviços e a comunidade, estabelecimento de vínculo) e participação social (buscando a democratização do conhecimento do processo saúde / doença e dos serviços, estimulando a participação comunitária na gestão do sistema).

A Atenção Básica é um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território e com capacidade de estar apta a dar resolutividade às questões que são apresentadas. É, então, ponto estratégico para a transformação e adoção de outras práticas no campo da saúde, sendo sua organização primordial para se avançar na direção de um sistema de saúde que objetiva a qualidade de vida das pessoas. Para tanto, deve poder realizar práticas que acolham, vinculem e que, na

medida do possível, possam resolver os problemas em seu âmbito de ação, propiciando a constituição de novos formatos de produção das ações de saúde.

Mendes (2002), ao propor a rede básica como um centro animador / catalisador dos sistemas integrados de serviços de saúde, menciona que, para tal função, a rede básica deve desempenhar:

> *"o papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde – resolver grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador relacionado com sua natureza de centro de comunicação – organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde em que estejam"* (MENDES, 2002: 17).

Em 1998, o Ministério da Saúde publicou o *Manual para Organização da Atenção Básica,* destacando a importância desse nível de atenção para a organização e conformação do sistema de saúde. O documento apresenta as orientações para o repasse, aplicação e controle dos recursos financeiros da Atenção Básica. Além disso, alguns instrumentos têm sido propostos para sua operacionalização, de modo a se alcançar a reorientação de atenção à saúde através de estratégias adequadas às condições locais e municipais. Ressalta, dentre outras: o cadastramento e a implantação do Cartão SUS (que permite identificar indivíduos ou famílias, o conhecimento das condições de moradia, de saneamento e de condições ambientais das regiões onde as pessoas residem); a adscrição de clientela (onde uma unidade básica de saúde deve se responsabilizar por um número determinado de pessoas, de modo a desenvolver a atenção integral e que o acesso ao serviço seja facilitado); a referência para a assistência de média e alta densidades tecnológicas (a rede de atenção básica é fundamental para a resolução das demandas de saúde de uma comunidade, mas é preciso garantir o acesso da população aos serviços de maior densidade tecnológica, quando necessário); o acompanhamento e a avaliação (a incorporação dos mecanismos de acompanhamento das ações e atividades e de avaliação do impacto sobre as condições de

vida da população deve ser de responsabilidade da gestão do SUS, em todas as instâncias) (BRASIL. MS, 1998). Deve ser destacada a relevância da Estratégia de Saúde da Família no processo de reorganização da atenção (MEDINA *et al.*, 2000).

A Atenção Básica tem sido amplamente discutida no contexto brasileiro e, nesse processo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é apontada como a principal estratégia do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica. Logo, não é possível, atualmente, falar de Atenção Básica em saúde sem se reportar à importante dimensão que assumiu a ESF, estando presente em todo o território nacional. Entretanto, tendo em vista a grande extensão do território nacional, associada às particularidades das regiões e dos municípios, pode-se perceber a coexistência de diferentes conformações da ESF.

Souza & Sampaio (2002) colocam que, em virtude da existência de "diversos PSFs", podem ser observadas experiências que não passam de meros programas; umas se efetivando como estratégias e outras até se aproximando de um modelo assistencial. Como conseqüência, existe hoje uma grande discussão a respeito do papel dessa proposta na Atenção Básica: como mais um simples programa ditado pelo nível federal, como uma estratégia para sua reorganização ou até mesmo como um novo modelo assistencial.

Vianna & Dal Poz (1998), analisando as importantes mudanças provocadas na forma de remuneração das ações de saúde (pela superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local – e, portanto, no processo de descentralização – afirmam que a ESF constitui uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde. O Ministério da Saúde, através da *Cartilha do Programa de Saúde da Família* (2001), compartilha dessa visão, entendendo a Saúde da Família como uma estratégia para a reorganização do sistema de saúde.

A ESF pode ser considerada o espaço de práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde, uma estratégia para o alcance da eqüidade e da integralidade em saúde.

Representa a transformação de um discurso ideológico em uma ação política. Proporciona, de certa forma, como afirma Paim (1997), uma "repolitização da saúde", à medida que desloca a ênfase nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes.

Tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, constituindo novos vínculos entre os serviços de saúde e a população – promover a saúde de um indivíduo implica agir / intervir no contexto onde o indivíduo está "inserido", no espaço onde ele vive. A atenção passa a ser centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem permitindo às Equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde / doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL. MS, 2001). Outro ponto que merece destaque é a busca por singularizar a relação entre usuários e profissionais, superando os atendimentos despersonalizados.

Dentre os documentos oficiais do MS, encontram-se algumas categorias para definir a ESF: porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade; ter como centro de atenção à família, inserida em seu meio social; intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; oferecer atenção integral, permanente e de qualidade; realizar atividades de educação e de promoção da saúde; estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre o serviço de saúde e a população; estimular a organização das comunidades para exercer o efetivo controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento das ações e para a tomada de decisões (BRASIL. MS, 2001).

De acordo com documentos do MS (ABRASCO, 2003), poderíamos dizer que

> *"a Saúde da Família constitui-se numa estratégia estruturante da AB, com capacidade para provocar ou contribuir para a organização dos sistemas locais de saúde, incorporando maior resolutividade à AB e possibilitando a integralidade da assistência na medida que favorece a organização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada"* (Oficina da ABRASCO. BRASIL. MS, 2003).

A implantação da ESF, desde sua concepção no nível federal, se mostrou bastante diversificada, o que gerou uma multiplicidade de experiências possíveis, sob a mesma denominação – Saúde da Família. Apesar dessa multiplicidade de formas, a ESF se tornou uma estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde e, para tanto, adota princípios do SUS, como universalidade, integralidade e eqüidade.

De acordo com o pensamento de Campos (2003), o sucesso e a viabilidade do SUS dependem da instalação de uma rede básica eficaz que tanto promova saúde quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos.

Para Goulart (2002), a política da Saúde da Família (re)ingressa com vigor no cenário da saúde na década de noventa, com aparente capacidade de permanência e enraizamento. Mas isto só foi possível devido às transformações pelas quais passou o campo da saúde em décadas anteriores, como as AIS, o SUDS, a implantação do SUS e o forte processo de municipalização. Todavia, para Goulart (2002), o quadro da saúde, no momento da formulação do Programa de Saúde da Família, não era de forma alguma favorável ao desenvolvimento de propostas novas ou inovadoras ao setor (queda do financiamento, irracionalidade, exclusão social, problemas de imagem do sistema perante seus usuários etc.).

Segundo o Ministério da Saúde, a Saúde da Família está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por determinada população (BRASIL.

MS, 2001). A Unidade de Saúde da Família atua com base nos seguintes princípios (BRASIL. MS, 2001):

- caráter substitutivo: significa a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;
- integralidade e hierarquização: a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência e deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas na Atenção Básica;
- territorialização e adscrição da clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a essa área;
- equipe multiprofissional: cada equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, tais como cirurgiões-dentistas, assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

A ESF surgiu, inicialmente, como ampliador de cobertura, sem pretender maiores mudanças; a população-alvo se constituía prioritariamente de residentes de áreas de maior risco social, e de áreas delimitadas no Mapa da Fome do IPEA. Posteriormente, os

municípios inseridos no programa Comunidade Solidária ou no programa de redução da mortalidade infantil também foram contemplados. Sua criação foi influenciada tanto pelas experiências exitosas de implementação do Programa Médico de Família, desenvolvido em Niterói a partir de 1992, quanto pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), principalmente na Região Nordeste do país.

O PACS pode ser considerado pioneiro em incorporar as propostas da atenção primária à saúde, adscrição de clientela e extensão de cobertura no desenvolvimento de suas ações. Tem como características principais o enfoque na clientela de alto risco para doenças infecciosas e desnutrição, e prima pela baixa densidade tecnológica de suas ações. Foi criado no Governo Collor dentro de um conjunto de políticas de cunho assistencialista, porém, de grande potencial solidarizante (SOUZA, 2003a). Tendo como experiências motivadoras Recife e Porto Alegre (medicina preventiva), incia suas atividades com voluntários da saúde.

Souza (2003a) descreve que a escolha da Região Nordeste para iniciar o PACS foi motivada pela existência de maiores indicadores de doenças, pobreza e miséria; os municípios dessa região abrigavam todos os males de exclusão social, sendo que o Ceará iniciou essa proposta em 1987 – portanto, a primeira experiência relatada no país.

O PACS começou a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e foi introduzida a noção de área de cobertura por família, tendo como alavanca as bem-sucedidas experiências que já vinham ocorrendo em regiões diferentes do país, tal como no Paraná, Mato Grosso de Sul e Ceará. Em 1994 os Agentes Comunitários de Saúde passaram a compor a equipe nuclear de Saúde da Família.

O PACS e a ESF tornaram-se estratégias de mudança do modelo tradicional de assistência à saúde em meio a um cenário criado, de um lado, pelas pressões do Banco

Mundial (políticas restritivas)[17] e, de outro, pelo princípio da saúde como direito. Tanto um quanto outro foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) em 1995, onde permaneceram até meados de 1999, quando foram então transferidos para a coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

Desde seu início, a ESF se deparou com um conflito entre a política de racionalização de gastos no setor saúde e a busca de eqüidade. Em 1996 a ESF passou a ser remunerada pela tabela de procedimentos do SIA-SUS. Ocorreu, de certa forma, um incentivo à expansão da Saúde da Família, dado que se estabeleceram remunerações diferenciadas entre a ESF e outros serviços da rede básica.

A partir de 1996, a ESF começa a se configurar como um instrumento de (re)estruturação do SUS, apresentando-se como uma prática distinta daquela adotada pelo modelo assistencial tradicional. Instituiu novas alianças, fazendo surgir novos atores na política de saúde, entre atores locais (secretários municipais e técnicos do sistema local), técnicos de diferentes áreas (técnicos do Comunidade Solidária, UNICEF etc.), e associações da comunidade (igrejas, associações de moradores etc.).

Apesar das diferentes conformações existentes, a Saúde da Família vem deixando de ser um simples programa, passando a se conformar numa estratégia com grande potencial para o estabelecimento de modos de atenção à saúde mais resolutivo e humanizado e que permita melhorar a qualidade de vida de toda a população brasileira.

A ESF estimulou a organização dos sistemas locais de saúde, à medida que prevê para a assinatura dos convênios o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a criação do Fundo Municipal de Saúde. Funcionou como mecanismo de pressão no processo de descentralização e teve papel fundamental na mudança dos critérios de

[17] "[...] já não dá para tratar todas as pessoas de maneira igual, temos de garantir nos serviços públicos, portanto, uma cesta mínima de serviços de saúde, coerente com o nível dos brasileiros cidadãos tipo 'uma estrela' [...]". Para mais esclarecimentos, ver Merhy & Onocko (2002: 13).

pagamento do sistema. De certa forma, a ESF incentivou uma maior organização e institucionalização dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando, assim, as possibilidades de participação e controle social. Portanto, a ESF tem-se constituído em mais que um instrumento de mudança do modelo assistencial em saúde.

A ESF tem sido a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica, buscando o acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que residem no território. Possibilita o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população, contribuindo para a estruturação dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência e com a implantação de novos modos de atenção.

Diante do exposto até agora sobre o desenho que a ESF tem assumido, é possível perceber que ela incorpora os elementos (ou características) centrais da Atenção Primária, definidos por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado e coordenação, já descritos aqui anteriormente.

Segundo Starfield (2002), dessas características centrais (ou próprias da Atenção Primária) derivam outros aspectos adicionais que também são amplamente incorporados pela Estratégia de Saúde da Família, tais como:

- centralização na família: busca o conhecimento dos membros da família, através de seus problemas de saúde e do reconhecimento da família enquanto espaço singular;

- competência cultural: compreendida como a capacidade que os profissionais das equipes devem desenvolver no sentido de reconhecer características e necessidades específicas das populações com as quais estão inseridos, tais como suas peculiaridades culturais, diferenças étnicas, raciais entre outras; e
- orientação comunitária: refere-se ao entendimento de que as necessidades de saúde e outras necessidades exprimidas pelas famílias adscritas se relacionam ao contexto social mais amplo, ao qual elas pertencem.

A ESF consiste, então, numa prática que sugere alianças e respeito à diversidade. Ao incorporar os princípios do SUS, aponta para a possibilidade de uma "radical"[18] descentralização da gestão, das práticas e ações tanto de prevenção quanto de promoção da saúde. Esta impele para a necessidade da participação e para novas e diferentes maneiras de organizar a atenção à saúde na localidade.

A ESF pretende reorganizar as práticas de atenção em novas bases e critérios, mudança que se manifesta desde o deslocamento do foco principal, que passa ser o núcleo familiar, até a implementação de novas formas de atuação e organização dos serviços. Adota o conceito da determinação social do processo saúde-doença e dá ênfase aos processos de trabalho em saúde. De certa forma é inovadora, por trabalhar com adscrição territorial: compete a cada equipe cuidar de aproximadamente 4.500 pessoas, ou de 600 a 1.000 famílias, variando de acordo com a necessidade do território. A equipe mínima preconizada pelo MS deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (outros profissionais podem ser incorporados às equipes, conforme as necessidades e possibilidades locais).

[18] De acordo com o documento do PIASS (1997) *apud* Souza (2003: 68), a radicalização do acesso consiste no resultado de "uma oferta eficaz e sistematizada dos serviços básicos de saúde, que satisfaçam as necessidades de saúde da população, dispostos em lugares acessíveis, garantindo o acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema".

Desta forma, cada membro da equipe de Saúde da Família é responsável por realizar determinadas atividades específicas, de acordo com sua capacitação profissional e seu papel nas equipes. Compete às equipes: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde / doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (BRASIL. MS, 2001).

Tem, então, como eixo de orientação das práticas de atenção básica a

> *"*[...] *organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral; remuneração diferenciada; delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; trabalho em equipe; incorporação da participação da comunidade no trabalho da equipe; o vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades; incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento e necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico, o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e a competência clínica"* (SOUZA *et al*., 2002: 20-21).

O Ministério da Saúde vem, desde 1994, estimulando a implantação da ESF como uma das estratégias para contribuir na reorganização da Atenção Básica e, por conseguinte, reestruturar o sistema de saúde do país, permitindo sua expansão a partir de 1995 (VIANA & DAL POZ, 1998).

Porém, segundo Caetano & Dain (2002: 16), “deve-se ressaltar que a mera adesão à ESF ou a estratégias similares não garante por si só a dinâmica e o sucesso das ações voltadas à reorganização da rede”.

De acordo com Souza *et al.* (2002), a ESF vem se colocando cada vez mais como estruturante, para a reorganização dos serviços de atenção básica e para a reorientação das práticas em saúde, na tentativa de inverter a concepção atual do modelo tradicional vigente, imprimindo-lhe a concepção da saúde como um produto social, no qual a equipe de saúde estabelece vínculos de cooperação com os indivíduos, famílias e comunidade.

De acordo com Silveira (2003), para que a ESF possa se desenvolver de modo consistente e caracterizar-se como um operador da inversão do modelo assistencial na atenção básica, através da prática dos trabalhos em saúde que compõem as equipes, a lógica de trabalho precisa conduzir as ações de modo a constituir esse espaço não apenas como a porta de entrada do circuito assistencial, mas deve incorporar uma perspectiva de trabalho ampliada, que contemple, além da prevenção e do tratamento dos agravos, a implicação do *socius* no processo de saúde e de adoecimento dos sujeitos.

Portanto, percebe-se que a Estratégia de Saúde da Família contribui grandemente para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a Atenção Básica possam ser executadas e assumidas de forma inovadora, realizando uma efetiva mudança na organização dos serviços de saúde, organização que se torna imprescindível para a melhoria de qualidade de vida da população brasileira. Coloca-se, atualmente, como a principal diretriz da política de saúde para reverter os indicadores negativos em saúde, decorrentes da prática do modelo hegemônico centrado no indivíduo, na hospitalização, medicalização da assistência, no uso irracional dos recursos tecnológicos existentes e na baixa resolutividade dos problemas de saúde.

Sua implementação ganhou força com a criação da NOB-SUS 96, com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), que prevê remuneração *per capita* para os

municípios desenvolverem ações básicas de saúde (PAB fixo), além de recursos adicionais para aqueles que estiverem implantando um dos programas constituintes do PAB variável. Permitiu o repasse de verbas de forma regular e automática, proporcionando maior autonomia ao gestor municipal e, por conseguinte, implicando maior responsabilização pela saúde das pessoas residentes num dado território de abrangência.

O fato apontou para a necessidade de implementação de ações de saúde no âmbito da atenção básica, bem como para a elaboração de estratégias que permitissem sua reorganização e reorientação no nível local – dentre essas, a ESF. Além disso, permitiu ultrapassar a forma reducionista com que a saúde vinha sendo tratada, na qual se remuneravam as ações de saúde através do pagamento por procedimentos, possibilitando pensar num alargamento da concepção de saúde. Como remunerar ações de responsabilização por determinado território? Como remunerar as ações que buscam nas práticas intersetoriais desenvolver / resgatar / trabalhar a autonomia dos sujeitos?

A nova forma de remunerar as ações da saúde nos remete a outras dimensões inerentes ao campo da atenção à saúde; há uma política explícita de incentivos ao crescimento da ESF que tende a provocar uma rápida expansão, principalmente nas áreas mais desprovidas de recursos sociais, incentivando a convivência com o modelo assistencial tradicional. A AB assumiu a porta de entrada do sistema público de saúde, a partir de meados da década de 90, pela criação de incentivos financeiros calculados e transferidos aos municípios por base *per capita.*

Um impasse que se coloca para a boa implementação da ESF está relacionado à formação dos profissionais, ou melhor, ao seu despreparo para desenvolver práticas mais consoantes as propostas da Saúde da Família. Uma das estratégias pensadas para solucionar esse entrave foi a aproximação com a universidade, estimulando mudanças curriculares no sistema formador.

A ESF propiciou o estabelecimento de novas articulações no cenário da política de saúde, o que pode possibilitar a superação dos modelos tradicionais de operar ações de saúde, apoiando-se mais nas comunidades. As novas alianças devem se dar prioritariamente no espaço local, no município. Esse tipo de articulação é fundamental para que ocorra de fato e cada vez mais o processo de descentralização. A escolha da família e de seu espaço social como alvo da abordagem, a democratização do conhecimento a respeito da saúde, da doença e da organização dos serviços, a intervenção sobre os fatores de risco, a prestação de um atendimento integral, resolutivo, contínuo e de qualidade, a humanização, o estímulo à organização social e o estabelecimento de articulações são avanços inquestionáveis que a ESF vem viabilizando.

Uma das grandes contribuições introduzidas pela ESF foi uma visão ativa da intervenção em saúde, a de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente. O atendimento é prestado tanto na unidade de saúde como em domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Espera-se, assim, que esses profissionais e a população acompanhada estabeleçam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade. Além disso, trouxe as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde (VIANNA & DAL POZ, 1998). A implementação de práticas como a ESF possibilita pensarmos na "criação" de uma outra sociedade, ainda que em nível micro, baseada em "novas" e "diferentes" relações sociais.

Poderíamos então afirmar que a ESF se configura numa política democratizadora, em contraposição ao caráter racionalizador das políticas anteriores. Caracteriza-se como uma prática de atenção de base epidemiológica, estando ancorada em dois conceitos da medicina social – o da determinação social do processo saúde-doença e o enfoque nos processos de trabalho em saúde. Tem como características o caráter de organização de

serviços, a potencialidade de substituição do modelo assistencial tradicional e o fato de constituir fonte de inspiração para novas práticas de gestão.

A ESF cria novas demandas de funcionamento para outras unidades de atenção; portanto, seu êxito está relacionado, entre outras, à capacidade e resolutividade dos serviços de média e alta densidades tecnológicas. Atua como articuladora, garantindo acesso e atendimento a outras unidades do sistema, evitando que este seja visto como uma estratégia de atenção simplificada, para um segmento da população menos favorecido cultural, social e economicamente.

A ESF surge num cenário de crise da capacidade do poder público para continuar financiando a expansão do modelo hospitalar privado, médico-biológico, na contramão de uma sensibilidade sociopolítica, nacional e estadual, vinculada a projetos democráticos de reforma do Estado e a projetos universais, interdisciplinares, intersetoriais, eqüitativos e éticos da reforma sanitária. Mattos fala da criação do PSF:

> *"*[...] *no início da criação do PSF a preocupação do governo federal se dava com a expansão da cobertura e com as comunidades carentes. Em meados da década de noventa esse posicionamento do governo federal foi revisto, surgindo a idéia do PSF como estratégia de mudança do modelo de atenção básica. Passando este ser responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). O PSF, então apresenta uma superação ao conceito anterior de expansão de cobertura, passando a ser definido como um novo modo de organizar a rede básica..."* (MATTOS, 2002: 83).

A ESF tornou-se a estratégia prioritária de reformulação do modelo assistencial da atenção básica. Pode assim influenciar as práticas num âmbito mais extenso no campo da saúde, pois impele a construção de novos modos de atenção à saúde em todas as dimensões que o conceito possa abarcar.

Não há como não mencionar que a ESF está longe de ser uma unanimidade, que recebe críticas – tais como sua aplicabilidade em municípios maiores onde já existem serviços consolidados ou outros processos em curso que teriam de ser considerados para a implementação da proposta; ou por ir ao encontro das políticas de racionalização de gastos no âmbito da saúde, tendo suas ações direcionadas aos segmentos sociais mais pobres da população, atendendo a recomendação das agências internacionais. Dessas questões advêm as críticas mais contundentes à ESF: a de constituir um programa pobre para pobres e a de oferecer uma atenção simplificada e pouco resolutiva; não abrir espaço em sua programação para atendimento da demanda espontânea, o que compromete princípios como o da atenção integral, acesso e resolutividade e, de certa forma, o da responsabilidade. Outra crítica está relacionada ao fato de a Saúde da Família ser definida como uma estratégia de reforma dos modos de atenção do SUS. No entanto, não prevê a ruptura com o sistema tradicional predominante – com um funcionamento de "cesta básica", visa a atender aos pobres e não se pretende dar conta de outro segmento social, incentivando, desta forma, a permanência e vitalidade do modelo tradicional.

Para Franco & Merhy (2002), as ações da Saúde da Família correspondem a "uma linha auxiliar do modelo médico hegemônico. Apontam para o fato de que a forma como a ESF vem sendo implantada pelo MS não lhe confere a possibilidade de se tornar de fato uma alavanca de transformações.

O Ministério da Saúde (BRASIL. MS, 2002) aponta os principais desafios que se colocam para a boa realização da implementação da ESF: maior responsabilização dos gestores e trabalhadores da saúde; otimização da utilização dos recursos disponíveis, com inserção da Saúde da Família nas redes de serviços; desenvolvimento de uma política de priorização dos investimentos, segundo variáveis epidemiológicas e gerenciais; implantação efetiva de instrumentos de gestão – inclusive dos disponíveis (SIAB, PPI,

Pacto da AB); a capacitação, formação e contratação de recursos humanos; avaliação e acompanhamento permanente de seu desenvolvimento.

Alguns desafios estão postos: garantir e promover a ampliação do acesso do usuário, articular a demanda espontânea com a demanda programada (condição para uma possível garantia de atenção integral), articular-se aos demais serviços da rede social, formação de recursos humanos não compatível com a proposta do movimento da Reforma Sanitária, entre outros.

Diante de definições conflitantes, de contradições, de flexibilizações e do desejo da ESF "dar certo", permanece o questionamento sobre a possibilidade de ela se constituir numa estratégia reestruturadora da atenção à saúde.

2.2. A Era da Atenção Psicossocial

Distante de uma perspectiva que reduz a Reforma Psiquiátrica ao "campo técnico-assistencial", evidencia-se, ao mesmo tempo, que sua efetivação exige a invenção, a concretização e a ampliação de práticas que possam superar o asilamento psiquiátrico e tecer novas formas de lidar com a experiência da loucura.

O processo de Reforma Psiquiátrica aponta, então, para a construção de novos modos de atenção em saúde mental que proporcionem a ruptura com o aparato institucional criado para "conter" a loucura. Assim, em alternativa ao modelo hospitalar de atenção, *a priori* excludente, foram implantadas diversas experiências que visavam a transformar as práticas e saberes relacionados ao campo, onde se pretendia, entre outros, "a construção de novos[19] modos de atenção em saúde mental que se diferenciassem do que

[19] "O adjetivo *novo* parece indicar a perspectiva contra-hegemônica dessas práticas, a recusa da institucionalização e seu constante devir. Ao mesmo tempo, revela o campo de incertezas no qual se move, sua condição de não-dado, o desafio da transformação em curso" (NICÁCIO, 2003: 28). O novo diz respeito muito mais à ação e postura transdisciplinar, na interdependência de inúmeros atores individuais e institucionais, do que propriamente reorientar os espaços físicos.

hegemonicamente era oferecido – quais sejam, ambulatórios superlotados, consultas relâmpago, respostas padronizadas e internações freqüentes" (GULJOR, 2003: 129). Dentre estas, inclui-se a construção de serviços de atenção diária, de base territorial, que trabalham na perspectiva da desinstitucionalização, que têm o sujeito e sua família e não mais a doença como foco de sua atenção, onde pode haver horizontalidade nos processos de trabalho etc.

> *"Para projetar novos serviços, inscritos na produção de uma nova ética e de novas relações entre cidadãos – instituições – sociedade, a partir da transformação da realidade na qual se age, implica, também, revisitar a relação entre realidade e utopia, transitar entre utopia e realidade, utopia como desenho que transcende a realidade dada para transformá-la: utopia da realidade"* (BASAGLIA *apud* NICÁCIO, 2003: 204).

É necessário ocupar-se da loucura de uma outra forma. Para Kinoshita (1993), é a vida do usuário que deve ser o centro do trabalho. Então estar ou não louco é secundário em relação a que tipo de vida leva esse usuário. E é por isso que a vida no manicômio não é aceitável e a vida em sociedade é preferível. O social é exigência da vida humana e não está diretamente relacionado à questão da doença, como se fosse numa relação causal.

Esses novos serviços podem ser denominados espaços sociais de produção de sujeitos sociais, de produção de subjetividades, de espaços de convivência, de sociabilidade de solidariedade e de inclusão. Segundo Fidelis (2003), mesmo em um contexto de prática médica tradicional, os serviços substitutivos em saúde mental representam uma inovação. Dentre eles citam-se os CAPS, que têm papel estratégico para a transformação das práticas de atenção, as residências terapêuticas, os clubes de lazer etc. Para fins deste estudo, privilegiou-se a discussão sobre os CAPS.

O termo CAPS foi pela primeira vez utilizado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para descrever um serviço de atenção diária, com funcionamento em dois

turnos, durante cinco dias na semana, que pretendia ser intermediário entre a unidade hospitalar e a comunidade. Foi definido por Yasui (1989: 53) como: *"[...] um espaço de referência para o usuário – lugar para ir, encontrar pessoas, desenvolver alguma atividade, conversar, tomar um lanche, tomar remédio e ir para casa".*

O Ministério da Saúde adotou o termo CAPS para descrever os serviços tidos como substitutivos, que se tornaram estratégia de enfrentamento ao modelo assistencial tradicional. Anteriormente, a Portaria nº 224/92[20], do MS, definia CAPS como "unidades de saúde locais / regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. A portaria que regulamentava os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) / Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) caracterizava-os como dispositivos que ofereciam cuidados intermediários entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar. Não apontava diferenças entre os CAPS e NAPS, mas em sua formulação sinalizava a possibilidade de atendimento em até três turnos e com equipe multiprofissional.

A elaboração da primeira regulamentação deixava claras as semelhanças entre as experiências pioneiras em curso no país, ao utilizar sua denominação e as diretrizes de seu funcionamento. Cabe destacar que, ao tentar transpor para o âmbito jurídico as estratégias já em curso, de transformação da atenção em saúde mental, muito de sua complexidade não foi refletida. Essa portaria se estabeleceu como um conjunto de possibilidades a serem utilizadas, mas não como um *modus operandi* que englobasse seus conceitos e práticas.

Atualmente os CAPS[21] são definidos pela Portaria nº 336/02, do MS, como um "serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território". A

[20] Publicada em janeiro de 1992, foi a segunda portaria a dispor sobre os CAPS. A primeira que definia os procedimentos e respectivos valores de remuneração foi publicada em novembro de 1991 – MS/SAS (n° 7 189/91).

[21] Nas republicações foi extinta a denominação Núcleos de Atenção Psicossocial, passando apenas a denominar-se Centros de Atenção Psicossocial.

Portaria nº 336/02 estabelece o CAPS como articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial e que estes poderão se constituir nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, e CAPSIII, definidos por ordem crescente de porte / complexidade e abrangência populacional:

- CAPS I: serviço com capacidade para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e em funcionamento diário por cinco dias da semana;
- CAPS II: Atende a municípios com 70.000 a 200.000 habitantes;
- CAPS i II: serviço para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes;
- CAPS ad II: serviço para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.
- CAPS III: com capacidade operacional para atender municípios com população acima de 200.000 habitantes e de atenção contínua, durante 24 horas.

Nos dez anos transcorridos entre a publicação da primeira regulamentação e sua republicação, em 2002 (Portarias GM nº 336/02 e SAS 189/02), a cartografia da Atenção Psicossocial no Brasil apresentou importantes transformações no que diz respeito à oferta de Centros de Atenção Psicossocial e seu papel na rede de saúde mental. Nos últimos anos, principalmente, houve crescimento exponencial desses novos serviços e hoje participamos da consolidação dessas experiências – existem atualmente mais de quinhentos CAPS em funcionamento no país.

Os CAPS podem ser definidos como uma experiência em saúde coletiva ainda em construção. Propõem, através, de suas ações uma intervenção cultural, tendo como objetivo interferir na produção do imaginário social no que diz respeito à loucura. Com ele e outros dispositivos de atenção territorial, a sociedade, que durante toda a existência da psiquiatria aprendeu que o melhor tratamento e encaminhamento destinado ao louco seria o hospital psiquiátrico, está conhecendo outros modos de lidar com a loucura que não a segregação e a exclusão, auxiliando na construção de outros circuitos que não a institucionalização dessas pessoas. Diferentemente do hospital psiquiátrico, que, segundo Goffman (2001), impunha uma barreira ao intercâmbio social, às possibilidades de troca com o mundo exterior, o CAPS busca, deseja e, de certa forma, corre ao encontro da "afetação" ou da "invasão" da loucura na sociedade.

Neste sentido, os CAPS se apresentam como um dispositivo de cuidado cujo objetivo é constituir-se como substitutivo ao hospital psiquiátrico e, desta forma, é voltado para a atenção integral ao portador de sofrimento psíquico. Portanto, visam ao desenvolvimento de projetos de vida, de produção social e a promoção da melhora da qualidade de vida. Tendo como missão estabelecer / tecer laços para além dos serviços de saúde, os CAPS deveriam estar voltados para "fora de si", pois precisam manter aquecidas suas relações com a cultura local.

De acordo com o MS (2004) o CAPS precisa:

> "[...] *Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito de seu território;* supervisionar e capacitar as equipe de atenção básica, serviços e

programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial" (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004: 125-131).

Sendo assim, os Centros de Atenção Psicossocial passam a ter a delegação de orientador da rede de saúde mental e as variações de seu papel no sistema são de designação do gestor local. Adotando o princípio de saúde como direito, como o norteador das práticas, a Atenção Psicossocial trabalha para garantir uma atenção digna, acolhedora, singular e responsável a todos as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, o CAPS Luiz Cerqueira, inaugurado em 1987, em São Paulo, se constituiu como um projeto-piloto de atenção diferenciada ao portador de sofrimento psíquico grave, pois buscava desenvolver um dispositivo em que fosse possível o cuidado ao usuário com graves comprometimentos da vida e de relações sociais. De acordo com Guljor (2003: 49):

> *"O CAPS Luiz Cerqueira, apesar de implementado pelo poder público estadual, não se constituiu como parte de ações planejadas pelo programa de Saúde Mental na estruturação de uma política pública, mas como uma mobilização específica que, naquela conjuntura, possuía um poder de barganha suficiente para iniciar tal experiência".*

Desta forma, a experiência se constituiu como uma unidade diferenciada de atenção em saúde mental na cidade de São Paulo, mas não como uma estratégia oficial que contemplasse intervenções mais amplas, como a estruturação de uma rede de cuidado. No entanto, possuiu importância estratégica, no sentido de consolidar um dispositivo que buscava o cuidado intensivo ao portador de transtorno psíquico, com uma equipe constituída por diversas categorias profissionais e orientando-se pelo conceito de interdisciplinaridade. Além disso, o funcionamento em regime diário, em dois turnos, permitia um suporte mais efetivo a esta clientela. Dentre seus objetivos estava o de se

constituir como “continente” para as pessoas em sofrimento psíquico, auxiliando-as no seu cotidiano.

Ainda de acordo com Guljor:

> *“A concepção do projeto do CAPS Luiz Cerqueira tinha como perspectiva a transformação do modelo tradicional. A ênfase seria na elaboração de uma estratégia de cuidado para uma clientela marginal a um suporte adequado à complexidade dos aspectos que envolviam o sofrimento psíquico, não encontrados nos dispositivos existentes até então”* (Guljor, 2003: 50).

No contexto das experiências pioneiras, não podemos deixar de discutir o processo implementado no município de Santos (SP), com a constituição dos Núcleos de Atenção Psicossocial. Foram implantados inicialmente cinco NAPS, sendo o primeiro inaugurado oficialmente em 1989, como principal estratégia de atenção em saúde mental do município no processo de transformação do paradigma manicomial até então hegemônico.

O processo santista foi iniciado com a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, após denúncias de superlotação e maus-tratos encontrados nesse hospital psiquiátrico. O fechamento da instituição gerou a estruturação de uma rede de serviços de saúde mental que incluía desde moradias e espaços de trabalho assistido até os Núcleos de Atenção Psicossocial. Estes se caracterizavam pelo funcionamento 24 horas, com leitos de acolhimento, sete dias da semana, e tinham entre as principais diretrizes ser um substitutivo às internações psiquiátricas e responsabilizar-se por toda a demanda em saúde mental do território (GULJOR, 2003).

A experiência de Santos ressalta um importante aspecto da transformação do modelo assistencial em saúde mental, qual seja, a intervenção no território com o objetivo de desencadear mudanças na concepção da sociedade sobre a loucura. Desta forma, para além da organização de serviços, a experiência deslocava o usuário de um lugar de

passividade para incluí-lo no movimento de transformação de seu próprio cuidado como um de seus atores – ou melhor, como seu protagonista.

A partir dessas experiências – NAPS santista e CAPS Luiz Cerqueira -, diversas outras se desenvolveram, utilizando-as como referência e campo de aprendizado. O CAPS, que nos anos oitenta foi uma experiência utópica, que a realidade da psiquiatria parecia mostrar ser impossível, pôde demonstrar que o asilo estava de fato superado.

O movimento da psiquiatria democrática italiana foi um dos principais norteadores do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A trajetória Triestina, principalmente com a extinção do manicômio de San Giovanni, possibilitou o surgimento de um novo modelo de assistência inserido no território e constituído por diversos dispositivos de cuidado, entre os quais os Centros de Saúde Mental (CSM). O forte conteúdo ideológico desse processo apontava não apenas para o fechamento do hospício, mas também para uma luta contra-hegemônica pelo resgate da cidadania do "louco".

Desta forma, os Centros de atenção psicossocial surgem no Brasil, em fins da década de oitenta, como um análogo ainda incipiente dos CSM italianos, no que tange a oferecer um cuidado intensivo ao portador de sofrimento psíquico a partir de uma lógica de inserção no território, vínculo, acolhimento e atenção diária.

No entanto, as diferenças na trajetória do processo brasileiro e italiano precisam ser ressaltadas. O componente de mobilização social que balizou toda a estruturação do modelo assistencial em Trieste sofre no Brasil um enfraquecimento, a partir do final da década de noventa, principalmente com a mudança na configuração da gestão municipal da cidade de Santos. Perde o protagonismo desse processo, que passa a se caracterizar como um movimento ligado ao campo jurídico-político submetido ao *status* de política governamental.

Hoje, transcorridos mais de quinze anos da implantação do primeiro CAPS no país, poderíamos nos interrogar sobre o papel do CAPS na construção de uma atmosfera crítica nas cidades, de exercício de cidadania, na construção de sujeitos. Qual seria o lugar social do CAPS?

Os Centros de Atenção Psicossocial deparam-se hoje com desafios que requisitam um novo olhar sobre o mesmo objeto – o sujeito e seu sofrimento psíquico, que discutimos no campo da Reforma Psiquiátrica há mais de duas décadas. Se por um lado ainda temos como hegemônico, apesar de não oficial, o modelo hospitalocêntrico, por outro a rede de Atenção Psicossocial, ao crescer envolta na perspectiva de atenção integral ao sujeito, se defronta com demandas para além do estar fora do hospital psiquiátrico e inserida em uma unidade de atenção.

Tais estratégias são determinantes mas não suficientes. O manejo do cotidiano como a estruturação de uma rede social solidária em uma sociedade globalizada, regida pela lógica do individualismo; a busca por um lar em um país de tamanha desigualdade social e mais de 20 milhões de indivíduos abaixo da linha da pobreza; a inserção laborativa em um mercado competitivo e excludente do diferente e o gradual esmaecimento da ideologia da Reforma Psiquiátrica, cada vez mais compreendida como técnica pelos novos profissionais dos serviços, nos apontam para a dimensão dessa re-complexificação. Em última análise, são as mesmas demandas, mas num contexto dinâmico, mutante.

Outro desafio para esse dispositivo de atenção consiste em conseguir sair de dentro da "instituição". Precisa-se fazer dos CAPS mais que um lugar que atende bem a pessoa. O projeto social-político dos CAPS é muito maior que o cuidar bem, lidar bem com a loucura. A proposta do CAPS é promover uma articulação social e intersetorial, e não apenas na saúde. De acordo com Nicácio (2003), precisamos estar atentos para não incorrermos no risco de reproduzir as formas de pensar e agir do modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade.

Uma outra questão está relacionada ao lugar central dos novos serviços e ao processo de desconstrução da lógica manicomial, buscando a construção do paradigma da Atenção Psicossocial, o que tem gerado demandas diferenciadas e complexas. Neste sentido, a compreensão dessa "complexidade" e a forma de desnudá-la nos aponta para a discussão feita por Amarante *apud* Stengers (1996):

> *"o primeiro uso da complexidade está no desafio de resgatar a singularidade da operação que o conceito oculta, sem que este desmascaramento signifique "descobrir" a verdadeira realidade do objeto, mas sim reabrir a possibilidade de sua re-complexificação"* (AMARANTE *apud* STENGERS: 1996: 31).

No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, atualmente podemos observar importantes avanços no campo técnico-clínico e sobretudo no jurídico-político. A despeito de acreditarmos que esses avanços possuem como motriz o movimento social, no caso da Saúde Mental, representado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, destacamos que os "novos serviços" há duas décadas vêm trilhando um percurso de desconstrução / reconstrução da lógica manicomial ainda hegemônica, partindo do modelo assistencial hospitalocêntrico em direção à construção de um projeto de cuidado pautado na lógica da Atenção Psicossocial.

Se por um lado esse momento se apresenta com resultados no que diz respeito ao crescimento do número de Centros de Atenção Psicossocial e a redução do número de leitos psiquiátricos[22], podemos observar, por outro, que o eixo de intervenção na cultura da sociedade sobre o louco perde seu espaço como principal bandeira da Reforma Psiquiátrica. Com isto, não buscamos desqualificar o mérito das transformações até então conquistadas e ainda em curso, mas apontar para a mudança de seu enfoque.

É necessário ampliar a projeção do CAPS frente às políticas sociais; faz-se necessário ampliar as ações e os espaços do CAPS. Para tanto, é essencial poder estruturá-

22

lo de forma a ocupar outros territórios – algo muito caro e desejável no campo da atenção em saúde mental. Os CAPS precisam se inscrever de maneira mais ampla na transformação social.

Os CAPS, ao buscarem inovações em suas práticas, não podem prescindir do resgate de suas origens. Isto no sentido conceitual dessas origens: o conceito de território como processo, a tomada de responsabilidade sobre a demanda, o conceito de desinstitucionalização, a dimensão cultural e ética do cuidado em saúde mental e, principalmente, a compreensão da transformação do modelo assistencial em saúde mental como um processo social.

Ao incluirmos este capítulo sobre os CAPS, o objetivo foi não apenas descrever seus fundamentos, já que existe ampla literatura sobre o tema, mas sinalizar para o processo de construção desse tipo de dispositivo, problematizando questões que permitam elaborar novas estratégias na trajetória de aproximação com o campo da Saúde Coletiva – ou seja, principalmente em sua intercessão com o ESF.

A Estratégia de Saúde da Família se coloca atualmente como um dos caminhos possíveis para o exercício dessa clínica solidária e integral do sujeito. Os CAPS, como aponta a legislação, são os organizadores da rede e como tal deveriam buscar o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a ESF. Para tanto, será necessário solidificar seus princípios fundamentais para agenciar o processo de inovação das práticas, sem arriscar deparar-se com a armadilha de ser seduzido pelo mandato social da psiquiatria, ao se aproximar das comunidades. É necessário ter clareza do referencial para que o complexo seja algo para além do difícil.

CAPÍTULO 3

A INTERCESSÃO ENTRE CAPS E ESF – NOVAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Intercessão entre CAPS e ESF – Novas Práticas de Atenção Psicossocial

Para embasamento deste estudo, foi feita uma análise dos textos publicados num livro da série *Saúdeloucura*: Saúde Mental e Saúde da Família, organizado por Antônio Lancetti (2001). Nesta coletânea são apresentadas seis experiências inovadoras no campo da Atenção Psicossocial – a de intercessão dos CAPS com a ESF, em seis municípios de quatro estados do Brasil: São Paulo (SP), Camaragibe (PE), Cabo de Santo Agostinho (PE), Araçuaí (MG), Sobral (CE) e Quixadá (CE). Os textos foram analisados sob a luz de três categorias, que nos auxiliaram melhor apreensão dessas novas práticas de atenção à saúde. A primeira categoria está relacionada à Integralidade do Cuidado; a segunda está relacionada à Escuta Ampliada; e a terceira está relacionada à Territorialidade das Ações.

Face às dificuldades encontradas em trabalhar essas categorias de forma isolada, tendo em vista a amplitude do escopo de seus significantes e significados, optamos por integrar, a cada uma delas, outras noções e conceitos que se inter-relacionam para melhor definição do termo. Sendo assim, à Integralidade do Cuidado foram incorporadas noções de articulação, intersetorialidade e responsabilização; na categoria Escuta Ampliada foram incorporadas as noções de vínculo e acolhimento; já na categoria Territorialidade das Ações foram incluídas as noções de acessibilidade e de território.

- **Integralidade do Cuidado:**

É uma das diretrizes do SUS descritas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. A integralidade está relacionada à noção de direito. A Lei nº 8.080/90 define integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos

e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. No entanto, a noção de integralidade, segundo Furtado & Tanaka (1998), extrapola esse conceito jurídico-institucional, pois a assistência integral envolve cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade. Este estudo é norteado por esta concepção de integralidade.

Segundo Mattos (2001), a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, definida constitucionalmente, mas um indicador da direção que se deseja imprimir aos sistemas de saúde. Diferentemente da noção de integralidade trabalhada na LOS nº 8.080/90, vinculada ao acesso aos diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção à saúde, a saúde mental tem adotado o termo integralidade, na maioria das vezes, para compreender o indivíduo como um sujeito integral, que possui necessidades diferentes e em momentos diferentes. Portanto, a busca pela integralidade envolve a noção de responsabilização, *"o serviço deve responsabilizar-se pela saúde mental de toda a área territorial de referência e isto pressupõe um papel ativo na sua promoção"* (DELL' ACQUA & MEZZINA, 1991: 62).

No entanto, essa tarefa não pode estar restrita aos serviços de saúde mental; deve haver uma articulação entre os segmentos sociais que compõe a rede, a fim de promover melhora nas condições de saúde e de vida das pessoas. Para Amarante (1996), é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença; faz-se necessário promover mudanças, em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas.

De acordo com a Portaria nº 336/02, os CAPS devem se responsabilizar, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. A responsabilização pela clientela atendida deve ser um princípio norteador do novo modelo de atenção em construção.

Outra noção que está imbricada ao conceito de integralidade é a de articulação e intersetorialidade. De acordo com YASUI (2004), a desinstitucionalização, como categoria central da Reforma Psiquiátrica, aponta para a criação de uma rede que estabeleça articulações e laços com outros setores das políticas públicas. Compreendendo a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo[23], este impele para o desenvolvimento de articulações com outros saberes, com outras áreas de conhecimentos, com outras práticas, isto é, propõe uma interlocução constante com outros campos. Convocando a participação de diferentes atores sociais, tornando-o um campo permeável, plástico, poroso, dá a idéia de construção e reconstrução, de movimento. Com a articulação, poderemos dar maior sustentação ao campo, além de trabalhar na viabilização de transformações sociais, fazendo a Reforma Psiquiátrica acontecer.

Segundo o relatório final da III CNSM (2002) a formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, cultura, habitação, esporte, trabalho, lazer etc., além do estabelecimento de parcerias com universidades, Ministério Público, ONGs etc.

- **ESCUTA AMPLIADA**

[23] De acordo com Rotelli (1990: 53), "a implementação de uma reforma social é sobretudo um processo complexo, no qual se produzem inovações nas características e nas formas de presença dos atores, nos conteúdos e nos modos de conflito".

Este conceito está estreitamente entrelaçado às noções de acolhimento e vínculo. De acordo com o relatório da III CNSM (2002):

> *"os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania"* (III CNSM, 2002: 38).

Segundo Mendes (2002), poderíamos compreender o acolhimento com "[...] uma dimensão atitudinal que exige uma atenção humanizada a todas as pessoas, a escuta qualificada dos problemas de saúde, a criação de vínculos entre a equipe e a população adscrita" (MENDES, 2002: 61).

Para Silveira (2003), o acolhimento

> *"Não se trata meramente de um mecanismo de humanização do atendimento na atenção básica, mas sobretudo caracteriza-se por ser uma estratégia que utiliza os elementos presentes no processo de subjetivação dos sujeitos como recursos auxiliares na co-produção da saúde"* (SILVEIRA, 2003: 47).

De acordo com Campos (2003), podemos definir vínculo como a "circulação do afeto entre as pessoas [...] resultando da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio em outros". Ainda para Campos (1999), a reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade, pela co-produção de saúde.

O acolhimento advém da participação efetiva e afetiva entre a equipe e a população adscrita, pois exige uma atenção solidária, não mecanizada, a todas as pessoas, com uma escuta qualificada dos problemas de saúde, possibilitando a criação de vínculos.

- **TERRITORIALIDADE DAS AÇÕES**

O território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando a enriquecê-lo e expandi-lo (KINOSHITA, 1997). O território é vivo e dinâmico. "A sociedade incide sobre o território, e este, sobre a sociedade" (SANTOS, 2002: 70). Para Yasui (2004), o território refere-se às forças vivas de uma dada comunidade.

Os serviços que trabalham na perspectiva do território desenvolvem papel ativo na promoção da saúde mental na localidade. As práticas de atenção em SM estão cada vez mais focadas no eixo territorial, o que pode ser evidenciado com a implantação dos CAPS, serviços residenciais etc. Na tentativa de ampliar as ações territoriais é que se encontra a intercessão das ações de SM com a AB, superando a lógica tradicional de assistência e proporcionando práticas para além dos muros institucionais.

Outra questão relacionada à Territorialidade das Ações está atrelada à acessibilidade das ações e serviços de saúde. Para Saraceno *apud* Alves (2001), esse conceito está relacionado a questões geográficas (local, fluxo viário, barreiras físicas etc.), a períodos e formas de funcionamento (serviço único ou integrado) e ao menu de programas / atividades desenvolvidas (assistência, reinserção, lazer, trabalho, hospitalidade, entre outras). O serviço pode estar ou não acontecendo "funcionando" para o usuário – então a discussão da acessibilidade se torna uma questão ética.

Com base nas categorias teóricas, foram construídas as características empíricas baseadas na análise das experiências relatadas na bibliografia já referida.

Para possibilitar melhor compreensão dos resultados, foi feita uma relação entre as categorias e as seis experiências, sendo que as categorias foram denominadas pelas

letras A, B e C: (A) Integralidade do Cuidado, (B) Escuta Ampliada e (C) Territorialidade das Ações, e as experiências municipais analisadas foram caracterizadas pelos números 1, 2, 3, 4, 5 e 6: (1) município de São Paulo, (2) Camaragibe, (3) Cabo de Santo Agostinho, (4) Araçuaí, (5) Sobral e (6) Quixadá.

3.1. Visitando as Experiências: apresentando alguns resultados...

Categoria A: Integralidade do Cuidado

A1: "Os grupos familiares em maior dificuldade eram apoiados por todos os serviços municipais (creches, escolas, policlínicas, programas habitacionais, frentes de trabalho e renda mínima). Era elaborado, com cada família, um projeto de vida que buscava autonomia, sempre acompanhado e monitorado, passo a passo.

Os mais diversos profissionais (psicólogos, arquitetos, assistentes sociais, geógrafos etc.) trabalhavam integrados com conselheiros tutelares e militantes de movimentos sociais" (p. 15).

"Desde os diálogos iniciais com as comunidades e seus movimentos organizados se buscou a participação e o controle social, e em todas as unidades se propiciou a criação de conselhos gestores de saúde" (p. 17).

"No interstício da *praxis* se reforça o conceito cidadania. As pessoas são atendidas por Direito e não por Demanda" (p. 18).

"[...] a trama traçada pelo Projeto e suas conexões com os recursos da comunidade deveriam ser consideradas e ativadas em primeiro lugar" (p. 19).

"[...] qualquer processo terapêutico consiste na ressignificação do sintoma, e que, para isso, era preciso criar um dispositivo articulado à rede tecida pela organização de saúde" (p. 19).

"[...] a responsabilidade pelo cuidado dessas famílias [que possuem membros com transtornos mentais] é da equipe de saúde da família e da equipe de saúde mental" (p. 22).

"Era premente produzir agenciamentos que conectassem as pessoas com as redes trançadas pela organização sanitária, e com o que Benedetto Saraceno chama de recursos escondidos da comunidade" (p. 37).

"Percorremos unidades da Febem, abrigos para crianças, juizados, igrejas, centros espíritas e as mais diversas ONGs, em busca de nossos pacientes e de agenciamentos para organização da rede de sustentação da reabilitação psicossocial" (p. 43).

"Somos uma equipe que se caracteriza por ser volante, pois se responsabiliza por esse tipo de atendimento domiciliar em cinco Unidades de Saúde do Estado de São Paulo, tendo como paciente a família e não o indivíduo, para evitar o estigma comum sobre apenas membro" (p. 86).

"A clínica; as diferentes demandas que surgem pelo trabalho dentro de uma comunidade; o tipo de relação construída com as equipes de Saúde de Família; as articulações com organismos e instituições sociais (Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - Cedeca, Vara da Infância e da Juventude, delegacias, hospitais, prontos-socorros, igrejas, escolas etc.) fazem com que a atuação seja extremamente vasta e plástica" (p. 97).

"Nosso trabalho parte de uma parceria que consiste na responsabilidade partilhada pela equipe de saúde mental e a equipe de saúde da família" (p. 104).

"Todos os profissionais dedicam-se a produzir conexões com os mais diversos dispositivos: escolas, conselhos tutelares, hospitais psiquiátricos, creches, associações de bairro, entidades filantrópicas, etc. Todos realizam intervenções nos domicílios. Todos discutem passo a passo cada 'caso' atendido.

Na nossa experiência, como já foi destacado, a busca de parceiros é constante e dramática. Muitas vezes, quando parece não haver mais possibilidades,

os agentes comunitários de saúde chegam com uma idéia ou apresentam alguma alternativa inesperada.

Os agentes comunitários de saúde são os grandes descobridores dos recursos escondidos da comunidade" (p. 107).

"A responsabilidade pelo cuidado das famílias atendidas é das equipes de saúde da família e das equipes de saúde mental" (p. 118).

"A realização de parceiras, de agenciamento de desejo, será fundamental para operar os processos de reabilitação psicossocial. Para isso, será comprometida toda a organização sanitária e serão priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos escondidos das comunidades" (p. 119).

A2: "trabalhava com responsabilidade por um território definido envolvendo ações básicas de saúde" (p. 122).

"Buscamos também desenvolver atividades intersetoriais com cultura, esporte, lazer e trabalho" (p. 134).

A3: "Torna-se imprescindível funcionar tanto na perspectiva da integralidade quanto na da transitoriedade. Esta envolve o entrelaçamento entre diversos programas, serviços e setores que funcionem de forma integrada e vinculada a uma grande rede, não emaranhada ou confusa mas com fortes nós de sustentação, pelos quais se cruzem diversos saberes. Essa rede deve se estruturar com base nos recursos socioculturais e político-econômicos existentes no território (institucionais e não-institucionais) em busca de uma transformação social, levando em consideração o contexto em que a população vive" (p. 138).

"O ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnico-política constante, mediante a criação e mobilização dos diversos espaços coletivos no seio da comunidade. A incumbência é de responsabilizar-se pelas pessoas e famílias, com o fim de construir com elas melhor qualidade de vida" (p. 140).

"[...], destaca-se o caráter dinâmico proposto para a atenção em saúde mental, onde se observam os fluxos de referência e contra-referência entre os vários elementos, não apenas na perspectiva do simples encaminhamento mas, também, na responsabilidade e co-responsabilidade dos diversos trabalhadores da rede de saúde" (p. 142).

"[...] devem possibilitar ações integradas, formando uma atuação mais completa, na qual cada qual possa ora ser responsável direto pelo cuidado ou ação produzida, ora co-responsável, na tentativa de construir diversos dispositivos capazes de produzir saúde" (p. 143).

A4: "O Programa de Saúde da Família demonstrou ser um caminho possível no processo de reorganização da atenção básica à saúde, visando à reorientação do modelo assistencial. Em conformidade com o SUS, imprimiu nova dinâmica de atuação e redefiniu as responsabilidades dos serviços de saúde e da população" (p. 162-3).

"Temos na comunidade um parceiro e é necessário estimulá-lo e envolvê-lo nesse trabalho, num esforço conjunto para possibilitar ao portador de sofrimento mental o resgate de sua condição de cidadão e o usufruto de seus direitos e deveres individuais" (p. 165).

A5: " - Princípios doutrinários: Universalidade, eqüidade e integralidade" (p. 169).

"O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em março de 1994 pelo Ministério da Saúde, com base em experiências municipais exitosas, como a de Quixadá (estado do Ceará), tem como objetivo geral:
'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' (BRASIL, 1997)" (p. 170).

"A universalidade e a integralidade da atenção, a eqüidade, o sistema de referência e contra-referência, a participação popular, as mediações sociais, a inserção social nas relações de trocas sociais, a horizontalidade do sistema, a habilitação social e a perspectiva da convivência dos diferentes passaram a ser conceitos e referências constantemente debatidos e incorporados na construção cotidiana da 'Rede'" (p. 177).

"Desde o início de sua concepção, nos pareceu lógico que a 'Rede de Atenção Integral à Saúde Mental' deveria incorporar-se ao novo modelo geral de atenção à saúde, promovendo assim, a integração entre o serviço especializado e a atenção básica, diretriz esta defendida pela OMS, como lembram bem Botega & Dalgalarrondo (1997). Essa premissa nos pareceu mais evidente ao levarmos em conta um ponto central comum ao PSF e às novas propostas de atenção à saúde mental: o atendimento descentralizado e de base comunitária" (p. 178).

"As 39 equipes do PSF (28 na sede e onde na área rural) atuam no nível primário de atenção, promovendo o cuidado integral à saúde. Sendo assim, os portadores de transtornos mentais adscritos a determinado território do município *são de responsabilidade* dessa equipe do PSF" (p. 178).

"[...] a importância do PSF na potencialização e ampliação das redes sociais de suporte, aliada ao subsídio da proposta bem-sucedida de Quixadá, CE (SAMPAIO & BARROSO, 1995), que optamos por incluir as equipes do PSF como dispositivo da Rede Integral de Atenção à Saúde Mental de Sobral" (p.193).

A6: "CAPS e PSF interdeterminam-se, interpotenciam-se e interdependem-se" (p. 203).

"- O primado da articulação de uma rede de programas e oficinas extra-serviço, distribuída pela cidade, estimulando a circulação do usuário, seu 'apagamento' como ser diferente, estigmatizável, sobre a reprodução 'intramuros'

dos procedimentos e técnicas. O CAPS é um serviço onde são realizadas práticas específicas, mas é também, e sobretudo, o comando de um sistema composto por outros serviços, programas, procedimentos e interfaces intersetoriais" (p. 204).

"A questão básica é a seguinte: a parceria PSF/CAPS não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados da psiquiatria. Há uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um eixo epistemológico comum e de um acordo político" (p. 212).

"Em documento capital do Ministério da Saúde e em Andrade (1998) encontramos respaldo para identificar no PSF o principal parceiro para integrar as ações de saúde mental na atenção primária:

'São atribuições das equipes de saúde da família: - elaborar, com a participação da comunidade adscrita, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; - prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada e espontânea, com ênfase nas ações de promoção de saúde; - desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos'

'Verifica-se que o PSF preconiza a [...] transição entre a ação isolada de um profissional para o trabalho em equipe e prevê uma estreita relação do setor saúde com os outros setores do governo e da sociedade [...] a ênfase dada às ações de promoção de saúde, expressa através do desenvolvimento de ações que possibilitem o autocuidado, potencializa a formação de um estilo de vida saudável, a participação comunitária e a intersetorialidade' (p. 217-8).

CATEGORIA B: ESCUTA AMPLIADA

B1: "Em todas as unidades de saúde havia o que foi chamado de Acolhimento, isto é, atendimento das emergências do dia-a-dia da comunidade. Nesses atendimentos escuta-se a demanda e se intervém prontamente com o objetivo de resolver o máximo de problemas no local e de singularizar a relação superando os tradicionais atendimentos eventuais despersonalizados" (p. 17).

"Cada pessoa e cada grupo familiar são conhecidos pelo nome e pela sua história, e não reduzidos a um prontuário. Os usuários também conhecem sua equipe pelo nome próprio" (p. 18).

"O imperativo de resolver o máximo de problemas na região evita o encaminhamento irresponsável dos profissionais e dão continuidade ao cuidado e, fundamentalmente, aumenta o grau de singularização da relação equipe/usuário" (p. 18).

"O agente comunitário de saúde é membro de uma equipe. É comum que o agente comunitário de saúde se encontre diante de problemas de difícil solução. A toda hora deve lembrar que ele pode escutar, conhecer, relacionar-se, mas que não precisa dar respostas imediatas, pois ele faz parte de um grupo de trabalho que verá como pode ajudar" (p. 23).

"Era impressionante o poder da escuta. Dava a sensação de que nunca ninguém se havia interessado pela vida dessas pessoas, por suas histórias e pelo seu sofrimento" (p. 35).

"Escutar não era somente captar as tradicionais formações do inconsciente, os falhos, as piadas, mas conhecer a estrutura ou sistema que organiza a vida desses grupos antropológicos e os seus interlocutores" (p. 36).

"O trabalho de uma equipe possibilitou que destrancassem o quarto em que se haviam feito prisioneiro, permitindo circulação de dignidade, cuidados e a conquista do direito à vida"(p. 79).

"Tensões em famílias se aliviavam ao contato, à escuta e à intervenção" (p. 93).

"Por meio da escuta do sofrimento do outro e do sofrimento familiar, buscamos uma vinculação que propicie uma intervenção terapêutico-pedagógica" (p. 99).

"O estabelecimento do diálogo, da troca de saberes, o trânsito intersubjetivo entre grupos de trabalhadores em saúde e população leva à gestação de um modelo para produzir e pensar a saúde" (p. 101).

"O PSF requer das equipes um manejo instrumental das próprias ansiedades e o desenvolvimento de atitude solidária e afetiva diante da realidade da população e de seu sofrimento" (p. 111).

"Estamos convencidos de que o perfil do profissional, sua visão de mundo, a maneira como encara o ser humano e suas idiossincrasias, a capacidade de transitar por territórios estranhos, de lidar com a diversidade, de compor com os saberes populares, levando em conta a origem cultural e as crenças religiosas das pessoas, a disponibilidade para acolher o sofrimento humano respeitando as escolhas e limites próprios de cada um, são condições vitais para tal empreendimento (p. 115).

B2: "A equipe de saúde mental, sempre que solicitada em reunião ou mesmo por telefone, orienta os médicos e os agentes comunitários de saúde na condução e acolhimento dos casos críticos" (p. 131).

"A estratégia de iniciar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, antes de investir na criação de serviços especializados como NAPS, CAPS ou Lares Abrigados, reverte uma lógica. O foco da atuação de saúde mental em Camaragibe prioriza o lugar e o momento em que surgem as primeiras dificuldades e necessidade de cuidados: a comunidade e a família" (p. 134).

"O objetivo é fortalecer e estreitar o vínculo com a comunidade, criando 'laboratórios de cidadania', trabalhando como o Conselho Tutelar, Conselho de Direitos da Criança e Adolescente, Conselho Municipal de Saúde etc. (p. 134).

B3: "O PSF, em sua essência, trabalha com a lógica da desinstitucionalização com maior ênfase no vínculo, estando suas equipes intensamente engajadas no cotidiano da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população" (p. 139).

"[...] todos devem mobilizar-se para tentar garantir acolhimento e acompanhamento do usuário na rede de saúde" (p. 142).

"Os serviços de emergência geral caracterizam-se como parte fundamental nesse modelo [de atenção básica], devendo oferecer a assistência inicial no momento de crise, caso haja necessidade. Essa relação de serviços de emergência com os Programas de Saúde em Casa e Saúde Mental vem se construindo lentamente. Sabe-se que os profissionais destes serviços de emergência terminam por apresentar dificuldades no processo de responsabilização do usuário, no que se refere à intervenção e ao encaminhamento adequados, dadas as características de suas práticas, onde não se estabelece vínculo efetivo com a comunidade, e o desgaste de lidar constantemente com situação de crise" (p. 143) .

B4: "Nossa proposta visa oferecer um atendimento mais humanizado e de qualidade ao portador de sofrimento mental" (p. 165).

B5: "Cabe, portanto, às equipes do PSF, acolher, diagnosticar e tratar transtornos mentais mais prevalentes de sua ADS, além de atuar na resolução de problemas de natureza psicossocial em sua comunidade" (p. 178).

"Todo usuário que comparece ao CAPS é acolhido" (p. 179).

"Mais recentemente foi instituído, durante o horário comercial, o acolhimento realizado pela psicologia, que busca avaliar melhor a demanda de saúde mental do pronto atendimento hospitalar" (p. 181).

"Sempre que possível, é estimulada a presença de um acompanhante durante a internação do usuário, para se evitar o rompimento dos laços sociofamiliares" (p. 182).

"Há algumas situações que têm dificultado a redução da média de dias de internação, especialmente quando se trata de pacientes provenientes de outras localidades. A precariedade socioeconômica da grande maioria dos pacientes e familiares aliado ao descaso de alguns municípios, talvez acostumados com a antiga lógica de exclusão social, dificulta muito o acolhimento e a alta dos pacientes.

O acolhimento é prejudicado porque nem sempre o paciente chega ao hospital com acompanhante ou familiar que possa prestar esclarecimentos sobre o caso. Não é raro termos de colher dados de policiais e motoristas de ambulância" (p. 183).

"auxiliar as equipes de PSF na transformação do modelo de atenção à saúde, habilitando o profissional de saúde a exercitar escuta qualificada que o auxilie a lidar com aspectos psicossociais de seus pacientes [...]" (p. 193).

B6: "O CAPS de Quixadá tem optado, estrategicamente, pelo reforço dos vínculos diretamente com a sociedade organizada, com as associações e federações de bairro. A discussão está lançada para todos os CAPS do estado, o que permitirá grandes debates e descobertas nesse espaço complexo de relações entre serviços públicos e sociedade / comunidade (p. 207).

“O CAPS e o PSF, juntos, estão catalisando reações de tolerância, confiança e solidariedade” (p.207).

CATEGORIA C: TERRITORIALIDADE DAS AÇÕES

C1: "Esta é a primeira idéia que norteia o Programa de Saúde Mental do Qualis: tratar o grupo familiar para que este possa lidar de maneira mais salutar com seu membro mais doente. E não retirar do convívio o paciente para 'resolver' o problema da família" (p. 22).

"Nosso Programa é um analisador da situação de injustiça, de falta de acesso à assistência e de caos que vive a Cidade" (p. 52).

"Do modo como o Projeto foi concebido, a saúde, a loucura e as ações não são restritas a espaços físicos predeterminados. Dessa forma, a equipe e eu, como membro, também não ocupamos espaços físicos delimitados. Somos 'volantes'" (p. 96).

"Reabilitação Psicossocial se faz, entre outras coisas, mediante intervenções que viabilizem a construção de uma rede de apoio, ampla e permeável, que possibilite aos pacientes (grupo familiar) acessar os recursos (materiais e afetivos) existentes em sua comunidade" (p. 109).

"O PSF está pautado na integralidade e numa abordagem continuada que vê o indivíduo como um todo, no contexto em que vive. E é justamente isso que o PSM [Programa de Saúde Mental] propõe, ao eleger a comunidade e a família como *locus* da intervenção, a Unidade de Saúde e as ESFs como eixo da assistência e a *proximidade* como métodos" (p. 111).

"A erupção psicótica, diversas experiências de sofrimento, de violência, abuso sexual e dependência abjeta acontecem em territórios determinados: na família, na comunidade, nos universos existenciais das pessoas e no diálogo com seus interlocutores invisíveis. Daí que os processos de produção de saúde mental devem ser gerados nesses territórios" (p. 117).

C2: "Uma imensa transformação se fará necessária em toda a cidade. O fato de já termos caminhado bem nas discussões e ações de assistência, prevenção e promoção de saúde mental não diminui o tamanho da responsabilidade que teremos de assumir" (p. 135).

C3: "Com o processo da municipalização, o campo da saúde vem passando por reformas que partem cada vez mais do território e não de instituições. Percebe-se que, contrapondo-se às estruturas tradicionais, o modelo territorial vai muito além dos limites geográficos, pois permite uma organização da rede de saúde partindo de um contexto histórico particular, refletindo tudo o que uma população produz – seus tempos, histórias, experiências pessoais, a evolução do próprio espaço territorial e da sua população, modificando as suas respostas em conformidade com os novos contextos. Os serviços passam, então, a ter a incumbência de buscar modificações sociais, de superar a simples assistência e a incorporar uma nova forma de cuidar que ultrapasse os muros institucionais" (p. 138).

"O PSF, em sua essência, trabalha com a lógica da desinstitucionalização, com maior ênfase no vínculo, estando suas equipes intensamente engajadas no cotidiano da comunidade" (p. 139).

"[...] na implementação do Programa de Saúde Mental, nessa cidade, estabeleceu-se como um dos princípios básicos o conhecimento do território, com suas nuanças e particularidades: a forma como cada comunidade se organiza, suas crenças e lideranças, seus conceitos e recursos econômicos e de lazer disponíveis... enfim, as várias características do seu cotidiano" (p. 141).

"[...] os projetos de saúde mental assumem lugares estratégicos, com o intuito de potencializar os diversos recursos no território" (p. 143).

"[...] a partir dessa estruturação, tem-se redimensionado a grande demanda do ambulatório, tornando-o, conseqüentemente, acessível para quem precisa de cuidado mais especializado" (p. 143).

"[...] dificuldade inerente à proposta de construir dispositivos adaptados à realidade local, otimizando e mobilizando os recursos comunitários existentes no território" (p. 146).

"Ir ao território, apropriando-se dessa teia de relações que ele compreende, é algo bastante novo. Comumente, a atuação em saúde vem ocorrendo dentro de muros e salas. As experiências mais ousadas de trabalhos na comunidade foram consideradas marginais por muito tempo e, a gora, com esse novo paradigma pautado na promoção da saúde, essas práticas precisam ser mais bem sistematizadas, não devendo cair em uma espontaneidade vazia. Resguarda-se, no entanto, a devida compreensão de que não há um modelo ideal e único para essa atuação. A força desse novo paradigma está no encontro com as pessoas que fazem o lugar, a fim de construir algo por meio de um diálogo verdadeiro" (p.152).

C4: "A substituição do enclausuramento nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais é a meta fundamental da organização de serviços de saúde. E a estratégia para atingir essa meta é a intervenção conjunta da equipe especializada em saúde mental e a equipe do PSF" (p. 166).

"Entre as atividades realizadas, destacam-se: busca ativa, pronto-atendimento, assembléia dos usuários, reunião com familiares, oficinas terapêuticas, atividades recreativas, visitas domiciliares, terapias individuais e em grupo, atendimento médico e cuidadores sociais" (p. 162).

C5: "Princípios organizativos. Acessibilidade, resolubilidade, hierarquização da rede de serviços, descentralização das ações e serviços de saúde e participação social" (p. 169).

"[...] estreitar as relações com a comunidade como estratégia de superação da discriminação e da desmistificação e ressignificação da loucura e do adoecer psíquico" (p.176).

"Estabelecido que o PSF seria o pilar principal na organização de sua atenção básica (porta de entrada do usuário no sistema de saúde local), o município foi dividido em vinte e três Áreas Descentralizadas de Saúde - ADS, e deu-se início à ação das equipes no território" (p. 178).

C6: "O primado da acessibilidade geográfica e política, multiplicando parcerias, comissões, aliados, sobre a ampliação burocrática da equipe de especialistas e da infra-estrutura localizada posta a seu serviço. As ações precisam estar onde as pessoas estão experimentando seus estilos de vida e suas escolhas, na trama de possibilidades, condições de existência, funções, papéis, trabalhos, lazeres e crenças. Inverte-se o paradigma asilar – é proibido isolar para tratar, o sujeito não é a especificidade individual, mas o conjunto de vínculos, de relações compartilhadas. A acessibilidade geográfica traduz-se pela facilidade de ser atendido. A acessibilidade política traduz-se pela capacidade de planejar e decidir de modo participativo" (p. 205).

"O PSF identifica, precocemente, problemas psicológico-psiquiátricos e pede orientação para o manejo ou os refere para o CAPS. A inserção do programa no quotidiano das famílias, sua acessibilidade e ascendência autorizam o manejo precoce e a referência, com resistência controlada ou residual, rompendo mais facilmente esteriótipos e tabus" (p. 214-5).

A seguir apresentaremos quadros-síntese das categorias empíricas identificadas nas diferentes experiências estudadas.

Quadro 1 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de São Paulo (SP)

CATEGORIAS TEÓRICAS			
	INTEGRALIDADE DO CUIDADO	ESCUTA AMPLIADA	TERRITORIALIDADE DAS AÇÕES
CATEGORIAS EMPÍRICAS	Integração dos profissionais	Singularidade da relação	Convívio
	Trabalho em equipe	Perspectiva do acolhimento	Proximidade
	Participação	Envolvimento entre técnicos e usuários	Ser "volante" - tornar o serviço acessível a quem precisa e em qualquer lugar
	Conexões com recursos da comunidade	Conhecer	Permeabilidade
	Articulação da rede	Relacionar-se	Diversidade
	Rede de sustentação	Interesse pela vida das pessoas, pela sua história e pelo seu sofrimento	Amplitude das ações
	Articulação com organismos e instituições sociais	Circulação da dignidade	Comunidade como *locus* de intervenção
	Agenciamentos	Cuidado	Construção de rede de apoio
	Conexões com as demais políticas públicas	Estabelecimento de diálogos	
	Cidadania	Atitude solidária e afetiva	
	Atuação vasta e plásticas	Disponibilidade para acolher o outro	
	Co-responsabilidade	Respeito aos limites de cada um	
	Responsabilizar-se pelo outro	Atendimento das emergências	
	Reponsabilidade partilhada	Resolutividade no nível local	
		Evitar o encaminhamento irresponsável	
		Produzir e pensar a saúde de outra forma	

Fonte: Elaborado a partir do relato das experiências, contido na coletânea produzida por Lancetti - Saúde Mental e Saúde da Famíla - da série SaúdeLoucura 7. Ver bibliografia

Quadro 2 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Camaragibe (PE)

	CATEGORIAS TEÓRICAS		
	INTEGRALIDADE DO CUIDADO	**ESCUTA AMPLIADA**	**TERRITORIALIDADE DAS AÇÕES**
CATEGORIAS EMPÍRICAS	Responsabilidade pelo território Integração com as ações básicas Atividades intersetoriais (cultura, esporte, lazer)	Disponibilidade Laboratório de cidadania Reversão da lógica da exclusão Criar vínculo com a comunidade	Proximidade Transformação da cidade Engajamento dos profissionais no cotidiano da comunidade Estruturação da rede para garantir o acesso

Fonte: Elaborado a partir do relato das experiências, contido na coletânea produzida por Lancetti - Saúde Mental e Saúde da Famíla - da série SaúdeLoucura 7. Ver bibliografia

Quadro 3 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Cabo de Santo Agostinho (PE)

CATEGORIAS TEÓRICAS			
	INTEGRALIDADE DO CUIDADO	ESCUTA AMPLIADA	TERRITORIALIDADE DAS AÇÕES
CATEGORIAS EMPÍRICAS	Transitoriedade	Engajamento	Organização diferenciada da rede a partir do território
	Entrelaçamento	Melhoria das condições de vida	Nova forma de cuidar
	Integração	Mobilização	Valorização das diferenças
	Vinculação	Acompanhamento	Encontro
	Rede de sustentabilidade	Atenção continuada	Potencialização de recursos
	Cruzamento de saberes		Buscar modificações sociais
	Mobilização dos espaços coletivos		
	Referência e contra-referência		
	Ações integradas		
	Atitude de cuidado		
	Responsabilização para proporcionar melhor qualidade de vida		
	Utilização de recursos sócio-culturais		

Fonte: Elaborado a partir do relato das experiências, contido na coletânea produzida por Lancetti - Saúde Mental e Saúde da Famíla - da série SaúdeLoucura 7. Ver bibliografia

Quadro 4 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Araçuaí (MG)

CATEGORIAS TEÓRICAS			
	INTEGRALIDADE DO CUIDADO	ESCUTA AMPLIADA	TERRITORIALIDADE DAS AÇÕES
CATEGORIAS EMPÍRICAS	Reorientação do modelo	Humanização do atendimento	Cuidado comunitário
	Investimento na atenção básica	Qualidade do cuidado	Oferta de atividades, facilitando o acesso aos serviços
	Co-responsabilidade		
	Parceria com a comunidade		
	Envolvimento		
	Resgate da cidadania		

Fonte: Elaborado a partir do relato das experiências, contido na coletânea produzida por Lancetti - Saúde Mental e Saúde da Famíla - da série SaúdeLoucura 7. Ver bibliografia

Quadro 5 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Sobral (CE)

CATEGORIAS TEÓRICAS			
	INTEGRALIDADE DO CUIDADO	ESCUTA AMPLIADA	TERRITORIALIDADE DAS AÇÕES
CATEGORIAS EMPÍRICAS	Nova dinâmica	Resolutividade dos problemas	Princípio organizativo
	Co-responsabilidade	Escuta qualificada	Estratégia de superação do modelo
	Referência e contra-referência	Manutenção de laços sócio-familiares	Resignificação da loucura
	Participação popular	Acolhimento como primeiro atendimento	
	Mediação social		
	Trocas sociais		
	Integração entre os serviços		
	Responsabilização		

Fonte: Elaborado a partir do relato das experiências, contido na coletânea produzida por Lancetti - Saúde Mental e Saúde da Famíla - da série SaúdeLoucura 7. Ver bibliografia

Quadro 6 - Descrição das categorias empíricas extraídas das experiências de intercessão CAPS/ESF, do município de Quixadá (CE)

CATEGORIAS TEÓRICAS			
	INTEGRALIDADE DO CUIDADO	ESCUTA AMPLIADA	TERRITORIALIDADE DAS AÇÕES
CATEGORIAS EMPÍRICAS	Interdependência	Vinculação com outros setores da sociedade	Acessibilidade política (planejar e decidir de modo participativo)
	Interpotência	Confiança	Facilidade de ser atendido
	Articulação da rede	Solidariedade	
	Circulação		
	Construção coletiva		
	Questão ética		
	Articulação da saúde com outros setores da sociedade		
	Participação comunitária		
	Intersetorialidade		

Fonte: Elaborado a partir do relato das experiências, contido na coletânea produzida por Lancetti - Saúde Mental e Saúde da Famíla - da série SaúdeLoucura 7. Ver bibliografia

Quadro 7 - Descrição das categorias empíricas sintetizadas das experiências de intercessão CAPS/ESF

CATEGORIAS TEÓRICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS					
	MUNICÍPIOS					
	1	2	3	4	5	6
Integralidade do Cuidado	Articulação participativa Rede de conexões	Atividades intersetoriais Integração das ações	Ações integradas Responsabilização Mobilização dos espaços coletivos	Investimento Responsabilização	Responsabilização Integração das ações/atores	Articulação de potências
Escuta Ampliada	Capacidade de resposta Relacionamento/ envolvimento Afetividade	Disponibilidade Vínculo	Vínculo Engajamento	Humanização Compaixão	Acolhimento	Solidariedade
Territorialidade das Ações	Rede de diversidades, de porosidade Proximidade	Garantia de acesso Proximidade	Mudança de atitude	Proximidade	Princípio organizativo	Acesso

Fonte: Elaborado a partir do relato das experiências, contido na coletânea produzida por Lancetti - Saúde Mental e Saúde da Famíla - da série SaúdeLoucura 7. Ver bibliografia

3.2. Análise e discussão dos dados:

Ao nos depararmos, com mais proximidade, com as práticas intercessoras entre os Centros de Atenção Psicossocial e a Estratégia de Saúde da Família, percebemos que essas experiências dão contornos singulares ao processo de implementação das políticas públicas de saúde nas diversas regiões do país, estabelecendo diálogos possíveis e necessários ao campo da Saúde Coletiva.

Tomando como encargo uma das proposições da III CNSM (2002) – a de consolidar o cuidado em saúde mental, principalmente na esfera da Atenção Básica à Saúde –, torna-se premente trabalhar para a efetiva implantação da rede de cuidados, pois sem sua consolidação não poderemos trabalhar na perspectiva da transformação dos modos de atenção em Saúde Mental.

Essa intercessão por si só não será suficiente para reverter as práticas no campo da atenção em saúde mental, pois as ações não se restringem exclusivamente ao setor saúde. A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania. Isso nos remete à necessidade explicitada de construção de redes, de e entre serviços, de solidariedade; a rede pode ser só de mais uma pessoa, mas é preciso auxiliar sua construção e solidificação. É necessário pensar a Reforma Psiquiátrica como política pública de saúde, pois não adianta fechar hospitais sem que haja condições mínimas, como moradia, trabalho etc. – essas pessoas precisam de atenção no sentido mais ampliado do termo. É preciso estabelecer redes de potência e não de competição; torna-se fundamental a integração de atores, de serviços e de redes sociais. Essa intercessão visa à multiplicidade das relações sociais.

Fato curioso é que essas categorias apresentam sentidos polissêmicos e assumem conotações distintas nas diferentes experiências. Um exemplo é a noção de

responsabilização, que pode ser vista como uma possibilidade de os profissionais envolvidos com o trabalho refletirem sobre os conceitos e pressupostos subjacentes a suas práticas. Toda ação envolve um posicionamento teórico, implícito ou explícito, ou como cuidado; expressa uma atitude de atenção para a não-reprodução das formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização das coisas do cotidiano. Pode estar ainda vinculada à idéia de risco, na medida em que a Atenção Psicossocial aponta para o compartilhamento do cotidiano, e isso pressupõe riscos. Isso também nos remete à idéia de integração entre os diferentes pontos de atenção do sistema de saúde, a fim de garantir o cuidado onde quer que a pessoa esteja, ou aonde ela consiga chegar.

Tanto a Saúde Mental como a Estratégia de Saúde da Família têm apresentado novas modalidades de cuidado do processo de adoecimento, produzindo tecnologias diversas que propiciam um melhor cuidado. Essa é uma preocupação que envolve as pessoas e as relações. O cuidado requer envolvimento com o outro, está ligado à idéia de co-responsabilizar-se pelo outro, de envolver-se com o sofrimento do outro, de solidarizar-se com o outro. Então, pressupõe vincular-se a alguém e isso requer disponibilidade para o outro, para o inusitado, para a relação.

Nesta análise, a noção de acolhimento aparece entrelaçada com a de vínculo. No entanto, na análise das experiências, a noção de acolhimento adquire três diferentes conotações: a possibilidade de socialização do sofrimento; a tecnoburocracia, onde o acolhimento é tido como ato, relacionado à efetividade do serviço e a outra, relacionada à afetividade do atendimento.

Poderíamos dizer que, por vezes, a indistinção do acolhimento como ato, em relação à do acolhimento como atitude, confunde a efetividade com a afetividade da atenção. É necessário trabalhamos com o entrelaçamento dessas duas noções para

desenharmos o que poderíamos chamar de escuta ampliada, pois para que se possa escutar o outro é necessário estar vinculado e em atitude de acolhimento.

As práticas de atenção em saúde mental estão cada vez mais focadas no eixo territorial, o que pode ser evidenciado com a implantação dos CAPS, serviços residenciais etc. Na tentativa de ampliação das ações territoriais, encontra-se a intercessão das ações de saúde mental na Atenção Básica, superando a lógica tradicional de assistência e proporcionando práticas para além dos muros institucionais. É uma estratégia de cuidado que não se restringe ao espaço físico do serviço, mas que se amplia para os espaços da vida, de circulação, da cidade etc. A noção de território aparece vinculada à idéia de aproximação, de envolvimento, de conhecimento e de responsabilidade. Adota uma perspectiva de cuidar, socializar, utilizar os recursos, além de promover encontros.

Essa intercessão permite encontrar, localmente, soluções singulares interferindo no circuito que faz a exclusão, além de possibilitar uma nova forma de pensar a intervenção dos serviços substitutivos, inscrevendo-os no complexo processo de desconstrução de saberes, instituições, valores e cultura.

Poderíamos concluir que essa intercessão produz mudanças na vida das pessoas, no cotidiano da cidade. Produz diferenças, tendo a melhoria das condições de vida como uma bandeira de luta.

As categorias trabalhadas aparecem, também, como princípios organizativos das ações, das representações dos modos de compreender a loucura.

Essas experiências se constituem em práticas não-hegemônicas, que revelam inúmeras diferenças e riquezas e se inscrevem nas possibilidades, nos limites e impasses, da implementação do SUS, em particular, e do conjunto de políticas públicas orientadas para a afirmação e produção de direitos. Essas experiências têm desenvolvido

práticas de Atenção Psicossocial guiadas pela noção de responsabilização, de vínculo, de comprometimento com a produção de uma atenção em saúde mental, que buscam, através do seu cotidiano, a integralidade do cuidado e a universalidade da atenção. Garantem, assim, o cuidado às pessoas que, até então, por diversas situações, não conseguiam "chegar" ou se mantinham alijadas das unidades tradicionais de atendimento. Poderíamos afirmar que elas fazem acontecer o SUS que tanto desejamos e por isso não deveriam permanecer nos "interiores", desconhecidas. É preciso conhecê-las de perto, melhor.

Constatou-se a institucionalização de práticas de Atenção Psicossocial, no cotidianos dessas experiências intercessoras, capazes de instituir o Modo Psicossocial de Atenção. No entanto, é preciso saber que essa experiência de intercessão se dá e se faz no limite da cidade, dos preconceitos, do sofrimento etc.

Essas experiências nos fazem pensar numa produção quase artesanal de construir outras formas de lidar com a loucura no cotidiano da cidade, de trabalhar com as pessoas, de conectar redes e traçar outros percursos para a loucura, para o louco e para os técnicos em saúde. Retratam, então, algumas revoluções cotidianas que ousam sonhar um sociedade diferente

3.3. Elucubrações sobre essas práticas...

De acordo com o relatório da III CNSM (2002), as políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão e a habilitação da sociedade para conviver com as diferenças. Para tanto, o Departamento de Atenção Básica (DAB), juntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) do Ministério da Saúde, cientes da necessidade da implantação de ações de Saúde Mental na Atenção Básica, decidem elaborar o Plano Nacional de Incorporação de Ações de SM no

Programa Saúde da Família, no conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde. Para tanto, o MS vem realizando oficinas anuais com gestores, profissionais de SM e da AB, representantes do MS, para melhor desenvolver essa estratégia de inclusão das ações de SM na AB.

- 2001 – Oficina de trabalho para a "Discussão do Plano Nacional da Inclusão das Ações de SM na AB", com a presença do DAB e a coordenação geral de SM e alguns municípios com experiências em curso de SM na AB.
- 2002 – Seminário Internacional sobre SM na AB, em parceria com a OPAS/MS/UFRJ/Universidade de Havard.
- 2003 – Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, "Desafios da integração com a rede básica". Contou com a participação do DAB, da CGSM, coordenadores estaduais e municipais de SM e trabalhadores de SM.
- 2004 – Oficina no I Congresso Brasileiro de CAPS.

A partir desses encontros, o MS propôs algumas diretrizes para a organização das ações de SM na AB:

1) Apoio matricial da SM às equipes da AB:

O apoio matricial[24] visa a proporcionar suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Assim torna-se

[24] O conceito de apoio matricial é uma reordenação do trabalho em saúde segundo a diretriz do vínculo terapêutico entre equipe de profissionais e usuários. O que se obtém é uma produção progressiva de responsabilidade pela co-produção de saúde, ampliando o compromisso dos profissionais e quebrando obstáculos à comunicação. O apoio matricial seria discutir casos, ajudar a ampliar a visão do trabalho, da casa, do território, enfim, de todo o meio junto à família. Cada equipe de referência teria sob sua responsabilidade um conjunto de usuários adscritos segundo a capacidade de atendimento e gravidade dos casos.

possível compartilhar casos / situações com a equipe de saúde local, favorecendo a co-responsabilização (o que pode ser evidenciado através de discussões conjuntas, intervenções ou mesmo através de atendimentos / acompanhamentos em conjunto). Através do suporte matricial seria possível, entre outras, romper com a lógica do encaminhamento, muitas vezes vinculada à lógica da desresponsabilização. E contribuir, também, para a melhor resolutividade das situações / casos no nível local.

A circular propõe que, em municípios onde não exista CAPS ou em que o número de CAPS não seja suficiente para dar apoio matricial a todas as equipes de SF, seja montada uma equipe de apoio matricial composta por um médico psiquiatra ou generalista com capacitação em SM, dois profissionais de nível superior com formação em SM e auxiliares de enfermagem, para no mínimo seis a nove equipes de Saúde da Família ou para grupos populacionais de 15 a 30 mil habitantes.

As equipes de SM de apoio à atenção básica devem incorporar ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação.

2) Formação como estratégia prioritária para a inclusão da SM na AB

Para que as ações de SM sejam desenvolvidas na AB, é fundamental a capacitação dessas equipes. Tanto os pólos de SF quanto os de SM já vinham desenvolvendo capacitações específicas em suas respectivas áreas; o que se propõe é maior articulação entre esses pólos, visando a qualificar a rede e o cuidado.

Tendo em vista que a maior qualificação aponta para uma reformulação das estratégias de formação, sugere-se que as equipes de apoio matricial possam ser o dispositivo para se adotar uma formação continuada e em serviço, através de discussões de textos, casos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica.

3) Inclusão da SM no sistema de informações da AB (SIAB)

O sistema de informação é fundamental para a avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde, sendo imprescindível incluir indicadores de SM na AB, pois atualmente este é o nível privilegiado para a adoção das ações de SM no sistema de saúde. É necessário incluir indicadores da SM no SIAB, para se evitar excluir deste nível de atenção o acompanhamento às pessoas com grave sofrimento psíquico, restando a elas o caminho da institucionalização. A inclusão nos permitirá visualizar se a AB tem de fato se responsabilizado pelo acompanhamento de pessoas com grave sofrimento psíquico, se esta tem conseguido acompanhar as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, entre outras.

A Reforma Psiquiátrica implica mudanças culturais e sociais radicais, e se afirma como movimento social, permitindo avançarmos e descobrirmos outros conceitos, práticas e lugares tanto para os usuários quanto para os técnicos de saúde mental. A intercessão entre o CAPS e a ESF poderia viabilizar essas transformações, tão caras ao processo da Reforma Psiquiátrica.

Para Rotelli (1990), a Reforma Psiquiátrica propõe abandonar um lugar zero de trocas sociais (o manicômio), para passarmos a um lugar múltiplo, diverso, que é o território. Propõe preocupar-se e ocupar-se do sujeito e não de sua doença. Nesse contexto, a relação a ser estabelecida é com o sujeito da experiência e não mais com a doença.E é nessa dimensão que a ESF pode ser um dispositivo altamente potente para promover outros modos de relacionamento com a loucura, desconstruindo e construindo no interior das casas, na vizinhança, na comunidade ou no bairro, outras relações com as diferenças. Permite assim que a loucura ocupe outro espaço de circulação que não aquele “especializado”, segregador, onde necessita de um espaço diferenciado, ainda

que inserido na comunidade. Através de um atendimento "não especializado", podemos pensar e traçar outros trajetos /circuitos para a loucura; podemos trabalhar no sentido da desmistificação onde a loucura habita, no cotidiano, no dia-a-dia. É garantir ao sujeito em sofrimento psíquico o mesmo espaço que as outras pessoas na unidade de saúde, na associação de bairro, nos espaços de trabalho e de lazer. É "permitir" outro trânsito, que gradativamente irá apontar para a tão almejada transformação social; permite que a loucura e o sujeito em sofrimento coabitem um espaço múltiplo, atravessado por singularidades, diferenças, conflitos; permite à loucura um lugar, de fato, na vida.

Recorreremos, ainda, a Basaglia *apud* Desviat (1999: 43), para reafirmar a necessidade de intervenção na sociedade, pois, segundo o autor, é na sociedade que se originam mecanismos de estigmatização e de exclusão das diferenças. A Reforma Psiquiátrica impele para a criação de outros espaços possíveis para a loucura e para a intervenção em espaços sociais. A ESF, através do desenvolvimento de suas ações, pode estabelecer relações consistentes com a comunidade, operando, em seu interior, as tão almejadas mudanças e transformações sociais. Talvez por isso, possa ser o dispositivo que melhor venha atender aos objetivos da Reforma Psiquiátrica, pois pode viabilizar a construção de outras representações e lugares para a loucura. É preciso estar dentro da comunidade e não ao lado, pois o processo de transformação acontece "na" e não "ao lado" da comunidade. Para tanto, necessitamos estabelecer outras formas de articulações com a comunidade, abandonando a idéia de recorrermos a ela apenas nos momentos de impasse e de maior dificuldade. É preciso estabelecer processos contínuos de apoio mútuo, articulando recursos, pessoas, instituições, para podermos vislumbrar a possibilidade de mudanças nos mais diferentes campos. A ESF poderia operar melhor o princípio da acessibilidade, tão caro ao Modo de Atenção Psicossocial, no sentido que

se faz próximo das pessoas, se dá na vizinhança, os agentes comunitários ali, próximos, a extensão de suas práticas na casa das pessoas.

Poderíamos pensar a intercessão como imagem-objetivo, que, como aponta Mattos (2001: 41-42), tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade, pois "traz consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras, superando aspectos da realidade atual". Essa intercessão possibilita, tanto a ESF quanto ao CAPS, tornar as fronteiras instáveis, permeáveis, podendo nos levar a percorrer muitos caminhos diferentes, proporcionando à loucura sair de um lugar segregador, excludente, para um de convívio, de agenciamentos, de possibilidades, de vida. Permite tornar concretos, no cotidiano da vida das pessoas, os princípios que motivaram e nortearam os caminhos tanto do movimento de Reforma Psiquiátrica quanto da Reforma Sanitária. Essa intercessão possibilita, e ao mesmo tempo requer, maior plasticidade das práticas de atenção em saúde.

Talvez a ESF nos permitisse de fato transformar, romper, mudar, reformar e reformular o saber e práticas no campo da saúde mental. Por conseguinte, avançaríamos na elaboração de novos conceitos e práticas pertinentes ao campo da Atenção Psicossocial fundamentadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Essa intercessão poderia proporcionar a formulação de teorias e práticas e então caracterizar-se como um dispositivo inovador, pois segundo Tanaka (2002: 39), a idéia de inovação traz em si um caráter de ruptura com o já estabelecido. Poderia possibilitar a aproximação com a clínica, como definido por Amarante (2003: 50): "criadora de possibilidades, produtora de sociabilidades e subjetividades". Ou ainda trabalhar na perspectiva de uma clínica antimanicomial, conceito desenvolvido por Lobosque (1997: 23), como sendo aquela que convide o sujeito a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social, que introduz a idéia de que "fazer caber" o louco na cultura é também, ao mesmo tempo,

convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento, reinventando com ela também seus limites... Pensar, propor, sustentar formas de contrato social nas quais a diferença possa ser incluída. Talvez essa "desestabilização" possa ser proporcionada pela ESF, que, através do desenvolvimento de suas ações, poderia possibilitar à comunidade inventar outros limites, onde as diferenças possam ser atravessadas.

Essa intercessão propõe a ruptura com os "antigos" padrões assistenciais e aponta para a superação da racionalidade médica. Busca a produção de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS, permitindo implementar práticas que de fato atendam aos princípios de ambas as políticas públicas de saúde.

Trabalhando nessa perspectiva, torna-se possível proporcionar uma atenção integral e compartilhar a responsabilidade pela melhora da qualidade de saúde e de vida de determinada comunidade, tornando os dispositivos de atenção mais acessíveis àqueles que deles necessitam. Essas iniciativas podem apontar para a possibilidade de construirmos outros modos de promover a saúde e de colocar, em prática, ainda que tardiamente, os preceitos do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Essa intercessão impele para a elaboração de novas atitudes diante dos problemas referentes ao processo de adoecimento psíquico, nos permite redimensionar a práxis cotidiana das unidades de saúde e propõe complexificar a abordagem dos fenômenos de saúde e de doença. Assim a atenção básica estaria ampliando sua capacidade de resolução de problemas de saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre a atenção básica e a saúde mental e, para tanto, é preciso construir um modelo de relação de continuidade e não de fragmentação. Trabalhando em rede, é possível potencializar a capacidade de produzir mudanças.

A ESF poderia operar como o dispositivo privilegiado da saúde mental para promover a inserção das pessoas num dado território, contribuindo para a transformação

cultural em relação à loucura, dado o modo de desenvolvimento de suas ações. Pode tornar-se um dispositivo importante na atenção psicossocial, devido ao fato de que existem muitas pessoas em situação de institucionalização dentro de suas próprias casas e a ESF teria maior possibilidade de acesso e de vinculação a essas pessoas.

Tal intercessão facilitaria a circulação do "CAPS" pelos espaços de vida das pessoas, o que é fundamental para a implementação dessas novas práticas. Segundo Knoshita (1997: 73), o CAPS deve atuar no território, nos espaços e percursos que compõem a vida das pessoas. E, de fato, contribuir para a construção social de outros modos de lidar com a loucura – "precisamos intervir na sociedade, pois é nela que funciona os mecanismos originários de marginalização do doente mental" (BASAGLIA *apud* DESVIAT,1999: 43).

O estabelecimento das intercessões entre a Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família amplifica o potencial dos CAPS como agenciadores de novos modos de cuidado e estende a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. O CAPS passaria a funcionar como unidade de apoio para as equipes de SF ou da AB, porém seriam essas equipes que continuariam como referência para as pessoas. Não haveria transferência de responsabilidade; o CAPS funcionaria como uma unidade de apoio que permitiria às equipes de SF prestar melhor atenção às pessoas, caminhando no sentido da integralidade da atenção.

Fazer saúde mental na rua, na comunidade ou no bairro implica deixar de lado a regularidade mais ou menos segura dos serviços e ficar diante da imprevisibilidade radical da vida cotidiana. Portanto, não é tarefa fácil colocar-se diante ao novo, da vida das pessoas, no meio dos acontecimentos – entretanto, é lá que é preciso estar, pois é lá que as coisas acontecem.

Essa intercessão também implica riscos – como sinalizado por Aguiar (2002), poderemos incorrer na psiquiatrização do sofrimento psíquico, reproduzindo a lógica medicalizante de intervenção medicamentosa de problemas do cotidiano e psicologização de problemas sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

> *A amplitude dessa atuação é imensa: rompe os muros e as paredes institucionais, confronta o poder médico estabelecido; implode os cofres da loucura e da imposição de lugares, em que ela possa existir e se manifestar; propicia a diversidade; dirige o olhar para a realidade do "cronicamente inviável", a nossa; dirige o olhar para a realidade do outro, que nunca foi tão outro porque nunca tão próximo; coloca-se a seu lado; coloca-se como instrumento para uma possibilidade de mudança, movimento, transformação.*
>
> (OLIVEIRA *apud* LANCETTI, 2001: 97).

Os Centros de Atenção Psicossocial e a Estratégia de Saúde da Família são processos simultâneos, porém ainda pouco articulados, que partilham de princípios, noções e conceitos e pretendem a ruptura com o modelo predominante no campo da saúde. Ambas estratégias têm o desafio de tornar realidade o Sistema Único de Saúde, com abrangência universal, promovendo uma outra organização de ações e serviços de saúde. Para que haja transformação do modelo assistencial, torna-se necessário o estabelecimento de articulações antes não imaginadas. Talvez seja essa uma das maiores revoluções no campo da saúde mental e acredito estar aí a oportunidade para, realmente, trabalharmos na perspectiva da desinstitucionalização da loucura.

Para Sampaio & Barroso (2001), a articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e o CAPS deve se dar a partir de uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um eixo epistemológico comum e de um acordo político. É necessário buscar integrar esses dois campos para oferecermos de fato uma atenção mais integral às pessoas.

É bem possível que o embate que os CAPS necessitam travar para garantir espaço na atenção à saúde mental seja maior do que o da ESF. Esta tende a ser considerada por seus potenciais competidores como estratégia de baixo custo, de

ampliação do acesso, que não compete com outros segmentos por recursos. Sua ingerência sobre outros componentes do sistema só está ideologicamente dada, mas não se traduz em atribuições e ingerências explicitamente definidas em portarias sobre outros componentes do sistema. Emblemática, nesse sentido, são as respostas às perguntas sobre o papel e a importância da ESF na pesquisa Delphi (PIOLA,2000) e no estudo sobre hospitais filantrópicos do BNDES (PORTELA *et al*, 2002). São considerados como oportunidade de emprego para algumas classes profissionais e não são percebidos como ameaça pelo setor hospitalar privado filantrópico, o mais tradicional entre os prestadores do SUS.

Os Centros de Atenção Psicossocial são a estratégia orientadora e organizadora do modelo de atenção em um segmento em que os leitos hospitalares (leitos psiquiátricos) produzem até 14,41%[25] das internações do SUS, constituindo um fortíssimo *lobby* na saúde. A partir da Portaria nº 52/2004, fica explicitado que os CAPS concorrem diretamente por recursos com os leitos psiquiátricos, o que é confirmado no Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS/2004, onde consta que :

> *"Os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, micro-regional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desospitalizados, bem como custear equipes para suporte à desinstitucionalização"* (BASIL. MS, 2004).

Ainda observamos grande desequilíbrio entre os recursos e investimentos financeiros destinados à manutenção do aparato hospitalar, comparados ao volume de

[25] Segundo dados do DATASUS de julho de 2003. Ver referências bibliográficas.

recursos destinados aos serviços substitutivos – em nosso caso, aos CAPS. De acordo com Relatório de Gestão de Saúde Mental de 2003 (BRASIL. MS, 2003), dos recursos destinados à assistência psiquiátrica, apenas 21% foram gastos com os serviços substitutivos, enquanto o gasto com a assistência hospitalar consumiu 79% do total de recursos. Segundo dados do Informativo de Saúde Mental (BRASIL. MS, 2004), ainda existem no país 52.406 leitos psiquiátricos e apenas 515 CAPS. Apesar dessa discrepância, precisamos reconhecer os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde na tentativa de inverter a situação.

A Portaria nº 336/02 do MS define as atribuições do CAPS em:

Assistenciais:

a) serviço ambulatorial de referência de atenção diária com oferta de modalidades terapêuticas variadas;

b) manter dois a quatro leitos de desintoxicação – no caso do CAPS ad.

Planejamento:

a) organizar demanda e rede no âmbito de seu território;

b) regular porta de entrada nesse eixo de atenção.

Gestão:

a) coordenar atividades de supervisão a serviços da área;

b) supervisionar equipes de atenção básica;

c) manter cadastro medicamentos essenciais e excepcionais em saúde mental.

Contata-se que, fora a missão de reordenar as práticas, os CAPS herdam a pesada missão de planejar e gerenciar a rede de cuidados em saúde mental na área, que alguns componentes enxergam ou têm no CAPS um competidor por recursos. Portanto, nessa briga portentosa do CAPS para cumprir o papel que lhe foi designado, talvez a ESF seja sua maior aliada em potencial, por não compartilhar dessa competição.

Poderíamos dizer que a "missão" do CAPS é bastante semelhante à "missão" da ESF. Assim como o Saúde da Família trata de uma estratégia para a (re)estruturação da atenção à saúde, os CAPS também estão bem mais próximos de uma estratégia de atuação e de reversão do modelo em saúde mental do que de um serviço propriamente dito.

Destacam-se as seguintes semelhanças entre as práticas de saúde mental e as da ESF:

– adotam a abordagem familiar;

– práticas pautadas no cuidado do outro;

– compromisso diante do cuidado;

– acreditam que melhorar a qualidade de vida e promover a saúde de um indivíduo implica agir no contexto em que ele se insere, no espaço onde ele vive;

– buscam promover a inserção social das pessoas no território, contribuindo para a transformação cultural da sociedade;

– elegem o território como o *lócus* de co-produção da saúde;

– serviços de bases territoriais;

– responsabilização pela promoção da saúde no território;

– primam pela responsabilização dos profissionais para com a clientela;

– as pessoas são consideradas responsáveis pela co-produção de sua própria saúde e da coletividade;

– buscam estabelecer outros tipos de vínculos entre usuários e profissionais;

– propõem diminuir o distanciamento de técnicos e usuários;

– vislumbram diminuir as diferenças de saber e poder entre profissionais de saúde e usuários;

– buscam resolutividade no sentido em que orientam suas práticas para maiores ganhos de autonomia dos sujeitos para estarem na vida;

– visam a aumentar a autonomia do usuário frente aos seus problemas de saúde;

– têm como finalidade do trabalho melhorar a qualidade de vida da pessoa;

– busca da garantia dos direitos de cidadania;

– tomam a saúde como um problema e produto social;

– trabalham / desenvolvem uma concepção ampliada de saúde, considerando-a como mais um recurso da vida diária e não objetivo-fim das práticas desenvolvidas (STARFIELD, 2002, CAMPOS, 2003);

– trabalham com o conceito de clínica ampliada, que, para Campos (2003: 157), envolve a redefinição (ampliada) do objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos. Têm como objeto de trabalho a pessoa, a família ou a coletividade. Adotam um novo modelo de trabalho, que toma o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer e não mais somente a doença. E seu principal objetivo é a promoção da saúde como um recurso para se viver a vida;

– trabalham na perspectiva de saúde como qualidade de vida e por isso trabalham em busca da promoção da vida;

– visam à superação da racionalidade médica;

– processo de trabalho centrado na equipe e não no médico;

– as pessoas são conhecidas por suas histórias e não mais como fragmentos contidos num prontuário;

– trabalham na perspectiva da intersetorialidade, procurando envolver vários organismos da sociedade civil e do Estado na resolução dos problemas coletivos de saúde. Porém, como menciona Campos (2003: 114), ainda que possamos apostar na intersetorialidade para melhor encaminhar os problemas referentes à saúde da população, torna-se fundamental definir o campo de responsabilidades do setor saúde, escapando de um discurso simplista, que joga para o geral a solução de grande parte dos problemas de saúde. Sendo assim, seria necessário também definir os campos de atuação da Saúde Mental e da ESF, para não incorrermos no risco da não-resolutividade ou da não-responsabilização pelo outro;

– suas práticas estimulam que a comunidade exerça um dos princípios mais importantes do SUS – o controle social;

– trabalham na perspectiva da construção da acessibilidade.

Para que a ESF seja uma política de reorientação da atenção à saúde, é fundamental, dentre tantas outras, que se tenha uma equipe comprometida com seus princípios e, conseqüentemente, com os do SUS, de forma a operar como diferenciador, não reproduzindo as formas de funcionamento do modelo tradicional. É necessário, também, que a mesma agregue características como diversidade, ousadia, criatividade e resolutividade, para que seja possível trabalhar na perspectiva da (re)organização da atenção à saúde. Neste sentido, a ESF tem incorporado alguns conceitos trabalhados pela saúde mental, como a responsabilização pela demanda, o estabelecimento de vínculo e o acolhimento.

Outra concepção que envolve tanto a ESF quanto a política de saúde mental é a de que as ações precisam estar onde as pessoas estão, experimentando seus estilos de vida, na trama de possibilidades, funções, papéis, trabalhos, lazeres e sofrimento. Contribuiria, assim, para a construção de uma outra prática de atenção, pois permitiria que as ações em saúde mental acontecessem num espaço que para a pessoa é território conhecido e de certa forma acolhedor. Isso possibilitaria cuidarmos das pessoas, ainda que em período agudo de adoecimento, sem recorrermos ao afastamento social acarretado pela internação psiquiátrica, tendo o CAPS como referência local para apoio em casos de maior gravidade social.

Visto que os serviços constituem o mesmo território dessas pessoas e isto possibilitaria a manutenção do cuidado pela ESF, não incorremos na ruptura de vínculos e talvez incorramos no "risco" de estreitamento de vínculos. Tanto um quanto outra prevêem uma estreita relação do setor saúde com outros setores da sociedade, pois para que se constituam como práticas diferenciadas, devem integrar-se como uma rede de relações que extrapolem o âmbito da saúde (num conceito restrito), e devem trabalhar para a construção de relações sociais em busca de uma nova atitude diante da complexidade do processo de saúde.

Ambas elaboram outras formas de organização do cotidiano que não passam exclusivamente pela agenda de atendimentos, permitindo acolher as "emergências" do dia a dia. Ambas políticas primam pelo deslocamento dos cuidados de crise, de emergência, do manejo de situações graves, para o espaço da residência, envolvendo família e vizinhança.

Portanto, apostar na intersetorialidade torna-se mais que interessante para que estas sejam experiências exitosas; torna-se necessário extrapolar a idéia de programa, rompendo a estrutura do modelo assistencial predominante no campo da saúde. Assim,

tanto a saúde mental quanto a saúde da família têm ampliado suas possibilidades de atuação, transformando as práticas vigentes, tendo como *locus* do campo de ação o território.

Essas novas articulações permitem ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários.

A ESF poderia se constituir como um mediatizador de encontros, de saberes e práticas "não-especializadas", de espaços não delimitados para a circulação da loucura, sendo utilizada cada vez mais no sentido de proporcionar outros circuitos para a loucura no território. Acredito ser a ESF um dispositivo de atenção altamente potente para alcançar o objetivo fim da Reforma Psiquiátrica, que é promover mudanças culturais e sociais em relação à loucura – talvez o objetivo de mais difícil alcance. Poderíamos pensar na ESF como um dispositivo propulsor de tais mudanças.

Na tentativa de se trabalhar com outras perspectivas, de se criar novos modos de acolher o outro, a saúde, a loucura e as ações deixam de ser restritas a espaços físicos, possibilitando um trânsito até então considerado "inseguro". Deixa-se de lado a "segurança" do consultório, da unidade de saúde e, de certa forma, habita-se o espaço até então do outro. Na tentativa de criar novos modos de se promover saúde, encontra-se o inesperado e é no espaço da casa, da rua, do público, que os encontros se dão. Eis aí uma possibilidade de ruptura com o paradigma hegemônico de assistência à saúde.

Não deixa de ser uma proposta "ousada", mas é com essa ousadia que pretendemos atravessar as "grades e muros" que ainda enquadram a loucura e com isso permitir que esta se dê sem lugares predeterminados. É possível cuidar e acolher a loucura de outras formas e é nesse sentido que a intercessão entre a ESF e o CAPS se

torna fundamental. Sem o estabelecimento desta intercessão, seria praticamente inviável tecermos outros circuitos para a transformação da atenção no campo da Atenção Psicossocial.

A intercessão dos Centros de Atenção com a Estratégia de Saúde da Família poderia gerar maior convivência entre as diferenças, maior confiança e ampliar as redes de solidariedade entre moradores de um determinado local. A cidade, o bairro e a vizinhança se tornariam possíveis para as diferenças, contribuindo para o desenvolvimento de mudanças culturais.

Talvez a ESF possa viabilizar a construção de laços sociais entre a comunidade e a loucura, mais consistentes que os serviços tidos como substitutivos, como o CAPS, as moradias assistidas, entre outros. Poderíamos afirmar, de acordo com Sampaio & Barroso (2001), que o CAPS e a ESF interdependem-se e interpotenciam-se. A ESF seria, então, o principal dispositivo para viabilizar a integração das ações de saúde mental na atenção básica, além de se configurar numa estratégia de atenção que visa a resgatar a dimensão humana do cuidado.

De acordo com Silveira (2003), a inserção da saúde mental na ESF exige a ruptura com os antigos padrões assistenciais em que há supremacia do modelo biomédico na organização das ações – isto é, prevalecem a identificação e a classificação dos agravos de acordo com os quadros nosológicos, a intervenção e os cuidados são muito medicalizados e a relação profissional / usuário é mediatizada pelos procedimentos e não por processos de subjetivação envolvidos com a noção de acolhimento e de escuta do sujeito.

Se não houver ampla mobilização e compromisso ético-político de planejadores, gestores e trabalhadores, sobre essa inversão do modelo assistencial, corre-se o risco de que experiências promissoras como a da saúde mental na atenção básica, reproduzam a

lógica de um cuidado medicalizante, de intervenção medicamentosa, de exames e padrões de diagnósticos e de encaminhamentos pouco resolutivos.

Talvez um dos maiores desafios dessa intercessão seja "capacitar" tanto as equipes de SF quanto as dos novos serviços de saúde mental para um pensar e agir voltado à Atenção Psicossocial, sem recorrer às "velhas" estruturas, e construir no dia-a-dia, novos modos que possam efetivamente auxiliar as pessoas a cuidarem de si mesmas e andarem suas vidas.

A Estratégia de Saúde da Família só poderá se constituir num dispositivo eficaz mediante o estabelecimento de uma rede de recursos e de suporte (escolas, creches, espaços de lazer, possibilidade de inserção em algum tipo de trabalho, melhores condições de moradia etc.), treinamento, supervisão e capacitação dos profissionais da ESF para uma escuta qualificada, atenta e cuidadosa em relação ao sofrimento do outro, além de noções para melhor lidarem com a doença mental (ações num momento de crise, de maior dificuldade, entre outras), sem as quais seria difícil imaginar a ESF como sendo um dispositivo eficaz no campo da Atenção Psicossocial.

Acredito que, como resultado desta intercessão, teremos a produção de novas formas de cuidado, de tecnologias de atenção e de respostas às situações de crise. Porém, transformar a cultura manicomial é algo que se consolida no médio e longo prazos. Não é tarefa das mais fáceis operar mudanças na sociedade acerca das muitas concepções que cercam a loucura.

E, para finalizarmos este estudo...

> "[...] *haverá PSFs e PSFs e, em alguns, prevalecerá, de fato, o modelo tradicional, hierárquico e biológico. O Programa, no entanto, é, como concebido e formulado pelo Ministério da Saúde e vivido nos diversos municípios, uma estratégia de agregação de conhecimentos. Além disso, supõe, para seu sucesso, que tenha um olhar "integral" do problema, do*

contrário não faria sentido ser local, territorial e portanto, comunitário" (ALVES, 2001: 173).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. A., 2002. *Da Medicalização da Psiquiatria à Psiquiatrização da Vida: uma cartografia biopolítica do contemporâneo*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal Fluminense.

ALVES, D. S., 2001. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. Pinheiro & R. A. Mattos, orgs.), pp. 167-176, Rio de Janeiro: IMS – UERJ - ABRASCO.

ALVES, D. S. & GULJOR, A.P., 2004. O Cuidado em Saúde Mental. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*, (R. Pinheiro & R. A. Mattos, orgs.), pp. 221-240, Rio de Janeiro: HUCITEC – IMS – UERJ – ABRASCO.

AMARANTE, P. & GIOVANELLA, L., 1998. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, org.), pp. 113 – 148, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

AMARANTE, P., 1994. Asilos, Alienados e Alienistas. In: *Psiquiatria Social e Reforma* Psiquiátrica (P. Amarante, org), pp. 73-84, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

_____, 1996. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

_____**,** 1997. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Saúde e Democracia: a luta do CEBES* (S. Fleury, org), São Paulo: Lemos Editorial.

_____, 2003. (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (P. Amarante, org.), pp.45-65, Rio de Janeiro: NAU Editora.

BAUER, M., 2000. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (M. Bauer & G. Gaskell, org) pp. 189-217, Petrópolis: Editora Vozes, 2ª edição.

BEZERRA, Jr. B., 1992. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* (B. B. Junior & P. Amarante, org), Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

BOFF, L., 2002. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.* Petrópolis: Editora Vozes.

BRASIL, 1988. Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal

_____, 1990. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial*

[da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

_____, 1990. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF.

_____, 2001. Lei n° 10.216., de 06 de abril de 2001. Lei federal que regulamenta a mudança do modelo de atenção em saúde mental. Diário Oficial da União de 09 de abril de 2001. Brasília

_____, 1992. Portaria nº 224, de 19 de janeiro de 1992. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

_____, 2002. Portaria nº 189, de 22 de março de 2002. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

_____, 2002. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Ministério da Saúde*. Brasília, DF.

_____, 2004. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF.

_____, 2004. Ministério da Saúde. Disponível em ***http: //www.portaldasaude.saude.gov.br/saudemental*** , acessado em abril de 2004.

CAETANO, R. & DAIM, S., 2002. *O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios*. 11-21.

CAMPOS, F. B., 2000. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.* Tese de Doutorado. UNICAMP. Campinas, São Paulo.

CAMPOS, G. W. S., 1997. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.

CAMPOS, G. W. de S., 1999. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva/ABRASCO,* 4(2): 393-404.

CAMPOS, R. O., 2001. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 58: 98 – 111, Rio de Janeiro.

CAMPOS, G. W. S., 2003. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

CECÍLIO, L. C. O., 1994. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec

COSTA, W. da G. A. & MAEDA, S. T., 2001. Repensando a rede básica de saúde e o distrito sanitário. *Revista Saúde em Debate,* 57: 15-29.

COSTA-ROSA, A., 2000. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: *Ensaios-subjetividade, saúde mental e sociedade* (P. D. Amarante, org.), pp.141-168, Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ.

COSTA- ROSA, A.; Luzio, C. & Yasui, S., 2003. A Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (P. D. Amarante, org.), pp.13-44, Rio de janeiro: NAU Editora.

DATASUS. < www.datasus.gov.br/bases/bases.htm >, acessado em março de 2004.

DELL' ACQUA, G. & MEZZINA, R., 1991. Resposta à crise. *In: A loucura na sala de jantar*. (J. M. F. Delgado, org.), pp.53-79, São Paulo: Editora Resenha.

DELEUZE, G., 1992. Os Intercessores. In: *Conversações*, pp. 151-168, Rio de Janeiro: Editora 34.

DESVIAT, M., 1999. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz.

ESCOREL, S., 1988. Revirada na saúde. *Tema/Radis*, 11: 5-7.

FAVERET, P. F. & OLIVEIRA, P. J., 1990. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Rev. Planejamento e Políticas Públicas*, 3: 139-162.

FIDELIS, P. 2003. O desafio da produção de indicadores para a avaliação de serviços de Saúde Mental: um estudo de caso do centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, RJ. 89-119. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (P. Amarante, org.). NAU editora. RJ.

FLEURY, S., 1992. Democracia e Saúde: In: *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social* (S. Fleury, org.), pp.9.

FREIRE, F. H. M. A., 2004. *O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos.* Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

FURTADO, L. A. C. & TANAKA, O. Y., 1998.Processo de construção de um distrito

de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. *Revista de Saúde Pública*,v.32, nº6: 587-595, dez.

GOFFMAN, E., 2001. *Manicômios , prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva

GOULART, F. A. A., 2002. *Experiência em Saúde da Família: cada caso é um caso?* Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

GUBA, G. & LINCOLN, Y. S., 1981. *Effective Evaluation*. San Francisco, CA., Jossey-Bass.

GOULART, F. A. A., 2002. *Experiência em Saúde da Família: cada caso é um caso?* Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

KINOSHITA, R.T. 1997. Em Busca da Cidadania. In: *Contra a maré à beira mar* (F.C.B. Campos & C.M.P. Henriques, orgs.) pp.67-77, São Paulo: Hucitec, 2ª edição

KINOSHITA, R. T. 2001. *O Outro da Reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas*. Tese de doutorado. UNICAMP. Campinas

LANCETTI, A., 2001. SaúdeLoucura 7/*Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2 ed.

LEVCOVITZ, E., 1996. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cadernos de Saúde Pública,* 1: 5-12.

LOBOSQUE, A. M. 1997. Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec.

LOSICER, E., 2000. Descentralização, redes e subjetividade. *Oficina de trabalho "rede e gestão descentralizada".* Ministério da Saúde. Brasília.

LUZ, M. T., 1991. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. *Physis*, 1(1): 77-96.

MATTOS, R. A., 2001. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*.(R. Pinheiro & R. A. Mattos, orgs.), pp. 39-64, Rio de Janeiro: IMS/UERJ,ABRASCO.

MATTOS, R. A., 2002. O incentivo ao programa de saúde da família e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis: Rev. Saúde Coletiva,* 12 (1): 77-108.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. & CARVALHO, A. I., 2000. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 21: 15-28.

MENDES, E. V., 2002. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde pública do Ceará.

MERHY, E. E., 2002. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: *Agir em saúde: um desafio para o público* (Merhy. E. E. & Onoko, R. C., org.). São Paulo: Hucitec

MERHY, E. E.& ONOCKO, R., 2002. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec

MINAYO, M.C. S., 1996. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – ABRASCO .

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1998. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade. Secretaria de Assistência à Saúde, MS.

_____, 2001. *Relatório final da oficina de trabalho para discussão sobre o plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____, 2002. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____, 2002. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos - síntese dos principais resultados. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde.

_____*, 2002.* Relatório de Gestão de Saúde Mental de 2001 e 2002. *Brasília, DF: Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.*

NICÁCIO, M. F. S., 2003. *Utopia da Realidade: Contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de

Campinas.

NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E., 1994. AIS – SUDS – SUS: os caminhos do direito à saúde. In: *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80* (R. Guimarães & R. Tavares, org), Rio de Janeiro: ABRASCO / IMS / UERJ.

PAIM, J. S., 1994. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.

_____, 1997. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (Fleury, S., org.), pp. 11-24, São Paulo: Lemos editorial.

PASSOS, E. & BARROS, R. B., 2000. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, vol.16 (1): 71

PIOLA, S. F., VIANNA, S. M. & VIVAS-CONSUELO, D., 2002. Delphi Study: social actors and trends in the Brazilian health care system. *Cadernos de Saúde Pública*, pp.181-190, vol.18.

PORTELA, M. C. *et al,* 2002. *Hospitais Filantrópicos no Brasil.* (P. R. Barbosa, org), BNDES, Volume 2.

ROTELLI, F., 1990. A instituição inventada. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), São Paulo: Editora Hucitec.

SAMPAIO, J. J. C. & BARROSO, C.M.C., 2001. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências do Ceará. In: *SaúdeLoucura 7/ Saúde Mental e Saúde da Família*. (A. Jatene & A.Lancetti, orgs.), pp.199-219, São Paulo: Hucitec, 2 ed.

SANTOS, M., 2002. *O País Distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania* (W. C. Ribeiro, org), São Paulo: Publifolha.

SARACENO, B., 1999. *Libertando identidades: da libertação psicosssocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Tê Corá Ed./IFB.

SILVEIRA, D. P., 2003. *Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SOUZA, H. M. de & SAMPAIO, L. F. R., 2002. Atenção básica. Política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: *Recursos Humanos em Saúde – política, desenvolvimento e mercado de trabalho* (B. Negri, R. Faria & ª L. Viana, org), pp. 9-31,

Campinas: UNICAMP, Instituto de Economia.

SOUZA, M., F., 2003. *Agentes Comunitários de Saúde: Choque do povo*. São Paulo: HUCITEC. 2 ed.

STARFIELD, B., 2002. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde.

TANAKA, O. & MELO, C., 2002. *Inovação e Gestão: a organização social no setor saúde*. São Paulo: Annablume / Fapesp

TEIXEIRA, S. F., 1995. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Editora Cortez.

VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M. & DELGADO, P. G. O campo da atenção psicossocial. In: *Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Cora / Instituto Franco Basaglia.

VIANA, A. L. & DAL POZ, M. R., 1998. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 8(2): 11-48.

YASUI, S., 1989. CAPS: aprendendo a perguntar. In: *Saúdeloucura 1* (A. Lancetti, org.), pp.47

_____, 2002. *Transformação ou reprodução? O cotidiano da atenção psicossocial*. Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

_____, 2004. *Da negação do manicômio à afirmação da vida*: *o processo civilizador da Reforma Psiquiátrica*. Projeto de qualificação de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.