

TIAGO ROCHA PINTO

**ENCONTROS E DESENCONTROS: A ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM SUA RELAÇÃO COM A REDE
DE SERVIÇOS E DISPOSITIVOS SUBSTITUTIVOS EM
SAÚDE MENTAL**

Botucatu 2007

TIAGO ROCHA PINTO

**ENCONTROS E DESENCONTROS: A ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA EM SUA RELAÇÃO COM A REDE
DE SERVIÇOS E DISPOSITIVOS SUBSTITUTIVOS EM
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração: Saúde Pública).

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Sueli Terezinha Ferreira Martins

**Botucatu
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Pinto, Tiago Rocha.

A estratégia de saúde da família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental / Tiago Rocha Pinto. – Botucatu : [s.n.], 2007

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2007.

Orientadora: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde mental 2. Saúde da família 3. Saúde pública

CDD 614

Palavras-chave: Abordagem sócio-histórica; Estratégia de Saúde da Família; Rede extra-hospitalar; Referência e contra-referência; Saúde mental; Saúde pública;

TIAGO ROCHA PINTO

**ENCONTROS E DESENCONTROS: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM SUA RELAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS E
DISPOSITIVOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL**

Comissão Julgadora

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador.....

2º Examinador.....

3º Examinador.....

Botucatu, de de 2007

“Todas as grandes conquistas são mais ou menos o preço da audácia. Para haver revolução, não basta que um Montesquieu a pressinta, um Diderot a pregue, um Beaumarchais a anuncie, um Condorcet a calcule, um Arouet a prepare, um Rousseau a premedite: é preciso que um Danton a ouse”.

Victor Hugo (Os Miseráveis)

Dedicatória:

Em especial aos meus queridos pais Cícero e Geni, que nunca mediram esforços para que eu e meus três irmãos fôssemos além do que eles haviam chegado em seus estudos.

Agradecimentos:

À Profª Sueli Terezinha F. Martins que desde o curso de graduação em Psicologia em Bauru, tem sido minha grande mestra no entendimento de uma psicologia compromissada com o social e com a transformação da realidade. Nesta nova etapa, pude ter ainda um contato maior com suas contribuições e amizade, impulsionando-me a dar mais esse salto em minha vida.

Aos meus companheiros em grandes discussões, Marcelo Dalla Vechia, Sandra F.R. Ribeiro e Íris Renata Vinhas, pela contribuição com seus diferentes olhares sobre a saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família e para que eu chegasse na formulação do estudo apresentado nesse trabalho.

À minha companheira de todos os momentos, Tetê, por demonstrar o seu amor e confiança e por acreditar que todos os objetivos que coloco para minha vida pareçam possíveis de serem alcançados. Sua escuta e apoio foram imprescindíveis na realização desse sonho.

A todos os meus irmãos, parentes e amigos que apesar de não convivermos muito de perto, sei do respeito e admiração que sentem por mim, acreditando sempre que poderia trilhar novos caminhos.

A toda equipe da Associação Arte e Convívio (Alessandra, Marli, Maria, Mariângela, Marília, Michele e Juliana) que além de grandes amigas e companheiras no cotidiano da entidade, me deram muita força para concluir o curso de mestrado em todos os momentos que precisei, além de todos os usuários e familiares que tenho tido contato ao longo desse tempo.

A todos os professores e coordenadores do IUSC que estão ajudando a construir meu papel de professor a cada encontro, discussão e palavras de incentivo que escuto.

A toda equipe da Saúde Mental do Centro de Saúde Escola que me permitiu vir a Botucatu realizar um curso de aprimoramento em Saúde Pública, me possibilitando um grande espaço de aprendizado profissional e enriquecimento pessoal.

A todos os professores da Psicologia Social de Bauru que desde o início da graduação, me apresentaram através de suas disciplinas, da participação na organização dos eventos de Psicologia Social Comunitária e da amizade fora da sala de aula, uma nova

concepção de mundo, de desenvolvimento humano e de possibilidades de atuação profissional.

A todos os profissionais entrevistados nessa pesquisa, suas opiniões, esclarecimentos e disponibilidade ao responder as informações foram de suma importância na concretização desse trabalho.

À Sra. Selma Maria de Jesus, bibliotecária da UNESP-Botucatu, pelo auxílio na adequação e revisão das normas técnicas nesse trabalho.

À Maria Cristina, que além de sua amizade, contribuiu com seu conhecimento como professora de português na revisão de todo texto.

Aos Professores Drs. Antônio de Pádua P. Cyrino, Osvaldo Gradella Júnior e Maria Alice Ornellas Pereira, pelas valiosas contribuições e sugestões no exame de qualificação e durante a realização da dissertação.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO

I-INTRODUÇÃO.....15

1.1 A Construção Histórica da Atenção Primária à Saúde.....15

1.1.1 A Atenção Primária no Processo Histórico de Construção do SUS.....15

1.1.2 A ESF no Processo de Mudança do Modelo Assistencial.....21

1.2 Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Trabalho Terapêutico em Rede Social.....25

1.2.1 Atenção à Saúde Mental na Rede Básica de Saúde.....25

1.2.2 A Configuração dos Modelos Substitutivos em Saúde Mental numa nova relação de Cuidado.....32

1.2.3 O Sentido de uma rede de Atenção Integral à Saúde Mental.....39

II-OBJETIVOS.....48

Objetivo Geral.....49

Objetivos Específicos.....49

III- METODOLOGIA.....50

3.1 A Abordagem Sócio Histórica e o Método Explicativo de Vigotski.....51

3.2 Desenvolvimento da Pesquisa.....59

3.2.1 A Elaboração do Banco de Dados.....59

IV-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....63

4.1 A saúde no município de Botucatu.....64

4.2 Caracterização dos participantes da pesquisa.....65

4.3 Análise de significados e de sentidos.....70

V -CONSIDERAÇÕES FINAIS.....85

VI –REFERÊNCIAS.....90

ANEXOS..... 99

RESUMO

A presente pesquisa visou investigar a relação estabelecida por meio do sistema de referência e contra-referência entre equipes da Estratégia de Saúde da Família, da equipe mínima de referência em saúde mental e dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental no município de Botucatu-SP. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com todos os coordenadores das oito equipes da ESF (Enfermeiros e Médicos), com os coordenadores dos oito serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental, além de um dos membros da equipe de saúde mental do município. Os dados coletados foram analisados segundo a abordagem sócio-histórica, através da elaboração de núcleos de significação e de sentido de acordo com o método explicativo de Vigotski. Os resultados revelaram: Os agentes comunitários de saúde e os familiares como grandes interlocutores do sofrimento psíquico; a ESF como local de escuta e acolhimento ao sofrimento psíquico que poderia intensificar as suas ações com um maior suporte institucional; a ausência de instrumentos específicos e de interlocução entre os serviços como empecilhos ao estabelecimento de uma rede integral de cuidado psicossocial; ausência de suportes interinstitucionais e de políticas públicas no atendimento integral às pessoas com sofrimento psíquico; a equipe mínima de referência em saúde mental como mediadora no fluxo dos encaminhamentos com a rede; a necessidade de maiores encontros/discussões como garantia de uma melhor relação entre os diferentes níveis; avaliação de que no momento essa relação é ruim e que poderia obter melhores resultados. Conforme o objetivo apresentado na presente pesquisa, constatamos que a relação das equipes da ESF com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental é bastante frágil e insuficiente na adequação e realização do sistema de referência e contra-referência entre os mesmos. Apesar de o município contar com um bom quadro de equipamentos e possibilidades de ações em saúde mental, não tem conseguido circunscrever da melhor maneira possível o fenômeno do adoecimento psíquico numa rede integrada de atenção psicossocial.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família, saúde mental, rede de serviços e dispositivos substitutivos, referência e contra-referência, Saúde Pública, abordagem sócio-histórica.

ABSTRACT

This study had examined the link among reference and counter-reference between FHS teams, about minimum reference's team in mental health and substitutive mental health services in the county of Botucatu-SP. Semi structured interviews were made with all the coordinators of the eight ESF (nurses and doctors), with all the coordinators of substitutive mental health services FHS team, and also members of mental health team of the county. The data collected were accessed according socio-historic approach, through meaning (significance) and sense core elaboration and according to the Vigotski explanatory method. Results showed: Public health agents and relatives as great of psychic suffering agents. FHS as listening location and welcoming psychic suffering, that could have improved its actions with a higher institutional support; the absence of specific working tools and interlocution among services as obstacles to the setting of a whole net of psychosocial care; absence of interinstitutional support and public policies of full attendance to psychic suffering people; minimum mental health staff as mediator of the entrance flow with the net ; the need of greater meetings / discussions as a guarantee of a better relation among different levels; evaluation that today this relation is bad and could get better results. Basically on this research we want to prove the relation between FHS team with the extra hospital services on mental health is in fact very insufficient about adequation and realization on reference and counter reference it selves. Spite of the city counts on a good equipment and action possibilities; it hasn't been include in a good and possible way the psychic illness phenomena on a real net of psychosocial care.

Key words – Family Health Strategy, mental health, substitutive services net, reference and counter reference, Public Health, social-historic approach.

APRESENTAÇÃO

Após um período de dois anos de total redescobrimto pessoal e de ampliação de mundo no curso de Psicologia, deparei-me com o seguinte questionamento: Será que realmente quero ser um psicólogo? Foi quando iniciei de fato um contato mais aprofundado com as disciplinas de Psicologia Social I e II, ministradas na época pela minha atual Orientadora de Mestrado, Prof^a Dr^a Sueli Terezinha Ferreira Martins.

Tal aproximação me possibilitou um novo olhar sobre a Psicologia e, com ele, a identificação com esse campo de trabalho e com a Abordagem Sócio-Histórica. Em conjunto com outras colegas, realizamos nossa primeira pesquisa nessa área em 2000, num Projeto intitulado “Alienação e comportamento político dos adolescentes de Bauru”, no qual tivemos a oportunidade de nos familiarizarmos mais com o método, bem como com as dificuldades de sua utilização.

Também não poderia deixar de ressaltar as inúmeras participações nos encontros de Psicologia Social Comunitária em Bauru, nos quais tive o privilégio de participar na organização de alguns desses eventos, que muito enriqueceram a minha formação acadêmica. Assim como o estágio de Psicologia Social Comunitária desenvolvido na Casa Abrigo “Família de Nazaré” em Bauru, sob supervisão da Prof^a Nilma Renildes da Silva e no Projeto de Extensão “Cidadania e Direitos humanos: Projeto interdisciplinar de intervenção em núcleo habitacional de Bauru”.

Por sua vez, meu contato com a área da Saúde Pública e Mental, de uma forma mais específica, iniciou-se no terceiro ano de curso, através da Disciplina Saúde Pública e Saúde Mental ministrada pelo Prof^o Dr^o Osvaldo Gradella Júnior, onde pude aprender sobre a produção social da loucura, ao mesmo tempo em que observava *in loco* a situação em que viviam as pessoas no Hospital Psiquiátrico da cidade onde morava na época – “Vale das Hortênsias” em Piedade-SP, num estágio voluntário que realizei em 2001.

Ainda no último ano de graduação para obter o grau de Psicólogo, mas já formado em Licenciatura, realizei minha primeira Pós-Graduação *Latu Senso*, o curso de Especialização do Telelaci – “Violência Doméstica contra crianças e adolescentes” – oferecido pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tal curso foi importante tanto para minha sensibilização a essa questão quanto para abrir outros caminhos na área da saúde.

Já formado, comecei a participar, em Botucatu, do curso de Aprimoramento em Psicologia em Saúde Pública realizado no Centro de Saúde Escola e oferecido pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” UNESP-Botucatu. Sob orientação da psicóloga Geni M. G. Rollo e com o apoio de toda equipe, passei a vivenciar nesse espaço e com as disciplinas envolvidas, uma nova etapa de aprendizagem e de construção do meu papel de psicólogo, bem como a conhecer de fato as problemáticas da saúde mental na rede pública de saúde e a rede de serviços em saúde mental do município.

Em 2004, a convite de meu amigo Marcelo Dalla Vechia e da Profª Sueli, comecei a participar de reuniões no Departamento de Neurologia e Psiquiatria da UNESP-Botucatu, nas quais discutíamos entre outras temáticas, Saúde Mental na Atenção Básica, Reforma Psiquiátrica e Formação em Saúde Mental. Além do Marcelo e da Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, que já obtiveram o título de Mestre em Saúde Coletiva, participava do Projeto: “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa Saúde da Família”, Íris Renata Vinhas, estudante de Enfermagem que desenvolveu um Projeto de Iniciação Científica com a coordenação da Profª Dª Sueli T. F. Martins.

Com base nos trabalhos que já vinham sendo desenvolvidos naquele projeto, iniciei a formulação de uma problemática que se mostrava importante nos dados coletados e que ainda não era alvo específico de investigação. Ou seja, a dificuldade que as equipes do Programa Saúde da Família encontravam em realizar encaminhamentos para níveis mais especializados em saúde mental.

No final desse ano, além de ser aprovado no presente curso de Mestrado em Saúde Coletiva, comecei a trabalhar na Associação de Usuários, Familiares e Trabalhadores da Saúde Mental em Botucatu – Associação Arte e Convívio (AAC) – onde ainda trabalho, e muito contribui no entendimento e na definição de meu objeto de pesquisa. Trabalhando na AAC com reabilitação psicossocial, inclusão social e na defesa dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico graves, tenho tido uma grande escola, seja na compreensão do sofrimento psíquico como no aprendizado contínuo nesse equipamento substitutivo que, recebe encaminhamentos de praticamente todos os serviços de saúde da cidade. Em muitas ocasiões participei como representante da entidade no Colegiado de Saúde Mental do Município e somada à experiência adquirida na AAC, pude conhecer mais a fundo as ações desenvolvidas nos diversos serviços de saúde mental, assim como as

articulações existentes e possíveis dentro dessa rede. Mais uma vez, constatei que a referência e a contra-referência eram um nó existente na concretização de um circuito integrado entre os serviços de saúde mental e motivo de insatisfação tanto para os coordenadores destes serviços como para os dos profissionais da rede básica de saúde.

Em meados de 2006, fui convidado a participar como professor tutor de apoio no IUSC – Programa de Interação Serviço Comunidade, que também tem proporcionado um grande aprendizado em minha formação na atuação com alunos do segundo ano de Medicina em atividades de promoção, educação e prevenção de saúde nas UBS e PSF do município.

Dessa forma, apresentamos a pesquisa “A Estratégia de Saúde da Família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental”, trabalho que se relaciona diretamente com o meu cotidiano enquanto profissional da área da saúde mental e com o desejo de produção científica pautada na Abordagem Sócio-Histórica. No mais, referenciamos o Materialismo Histórico Dialético enquanto único método pautado numa perspectiva transformadora da realidade, além de ressaltar a proposição de um estudo que o articula na apreensão de fenômenos relacionados à saúde mental.

Assim, na Introdução, realizaremos uma breve exposição da construção histórica da atenção primária à saúde para em seguida, apresentarmos uma discussão sobre a atenção psicossocial em saúde mental no trabalho terapêutico em rede social. Num segundo momento, apresentaremos os objetivos da pesquisa, bem como as bases metodológicas nas quais ela se pauta, ou seja, a análise de significação vigotskiana na abordagem sócio-histórica. Com isso, destacaremos a elaboração do banco de dados e a análise dos resultados, ressaltando as informações obtidas de acordo com o referencial teórico adotado, bem como as considerações finais diante do estudo. Em anexo, ainda segue uma pequena caracterização da rede extra-hospitalar em saúde mental do município de Botucatu.

I-INTRODUÇÃO

1.1 A Construção Histórica da Atenção Primária à Saúde

1.1.1 A Atenção Primária à Saúde no Processo Histórico de Construção do SUS.

Para a melhor compreensão dos objetivos e das problematizações nesta pesquisa, julgamos pertinente, num primeiro momento, traçar um percurso que coloque em evidência a construção da Estratégia Saúde da Família e suas ações e possibilidades diante dos fenômenos psicológicos. Em seguida, ressaltamos as novas modalidades de cuidado em saúde mental, bem como as pactuações e articulações necessárias para a construção de um trabalho em rede tendo como pano de fundo a questão da integralidade do cuidado.

No Brasil, a Lei Elói Chaves de 1923, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) de âmbito privativo das empresas, foi um dos primeiros protótipos de iniciativas legislativas no campo previdenciário, originado das experiências dos próprios trabalhadores, por meio do sistema de ajuda mútua e pelas caixas de socorro mútuo. (CUNHA & CUNHA, 2001; ROSA, 2003).

A Constituição de 1934, embora ainda perpassada pela concepção autoritária e higienista, reforçou os direitos conquistados até então, incorporando um capítulo destinado à ordem econômica e social e reconhecendo direitos sociais. Os novos pilares deste sistema social são instituídos a partir da criação do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAP) em 1933, seguidos por outros IAP organizados por categoria profissional mais estruturadas e significativas no contexto nacional. Com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943, foram reunidas as normas tutelares do trabalho, dos sindicatos, da Previdência e da Justiça do Trabalho (CUNHA & CUNHA, 2001; ROSA, 2003).

Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), os IAP são unificados e dissolvidos dentro de uma mesma estrutura político-administrativa e os benefícios e serviços, com exceção dos trabalhadores rurais que continuavam excluídos, tornaram-se uniformes para todas as categorias profissionais, passando a todos os trabalhadores que possuísem uma relação contratual de empregado legalmente formalizada (FAVERET & OLIVEIRA, 1990).

No início da década de 1970, teve-se a intensificação dos movimentos sociais de organização popular reivindicativos por saúde, a exemplo dos Movimentos da Zona Leste e Sul em São Paulo. Com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES em

1976, e do Movimento Popular de Saúde - MOPS em 1981, a partir do encontro do Movimento Sanitário e da Medicina Comunitária, iniciou a mobilização por uma política de saúde que garantisse a cidadania plena e a implantação do Sistema Único de Saúde. Esse movimento ganhou expressão nacional e se difundiu, emergindo o que veio a se chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que engloba a assistência psiquiátrica e saúde mental sob sua influência no Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1997; ROSA, 2003).

A Reforma Sanitária configurou uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 1930 e, desde então, intocado em seus traços essenciais. Com ela surgiu na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendida enquanto um atributo da cidadania sem qualificações, no qual deve corresponder, como direito, não como concessão, uma ação estatal constitutiva da oferta dos serviços que lhe são próprias (FAVERET & OLIVEIRA, 1990).

Num contexto de transição democrática e de ampliação da cidadania nos anos 80, as expectativas para uma nova configuração para as políticas sociais acentuam-se, com implicações ao resgate de uma dívida social acumulada em décadas de exclusão social, sendo a saúde um item importante na denúncia dos efeitos de intervenção estatal, marcados por seu caráter centralizado, burocrático, privatista e excludente (SENNA, 2002).

Entende-se o processo de construção do SUS como resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos, culminando na sua criação na Constituição Federal de 1988, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado (CUNHA & CUNHA, 2001). Dentre seus princípios doutrinários estão: a universalidade, a equidade e a integralidade, já em sua forma de organização e operacionalização estão seus princípios de participação social, regionalização, hierarquização e descentralização. Desta forma, o SUS insere-se dentre as ações previstas pela Constituição como sendo de “relevância pública”, sendo que seus elementos integrantes referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Também pode ser ressaltada que a integralidade não se resume apenas a uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas parte de uma “imagem objetivo” com características desejáveis do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas. Assim, a integralidade é vista como uma bandeira de luta, relacionada a um ideal de uma

sociedade mais justa e solidária. Mattos (2001) apresenta uma série de sentidos que podem ser atribuídos à noção de integralidade, como: a compreensão do indivíduo em suas várias dimensões; a articulação entre práticas de saúde pública com as assistenciais; na postura dos profissionais de saúde diante dos usuários; na organização dos serviços e das práticas de saúde para ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde, como também, os sentidos relativos a configuração de políticas especiais, especificamente desenhadas para dar resposta a determinados problemas de saúde que afligem um grupo populacional.

Pinheiro (2001), por sua vez, assume a integralidade como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta em planos distintos de atenção à saúde. O primeiro plano seria o individual, no qual é construída a integralidade no ato do atendimento, e o segundo, seria o plano sistêmico, em que a integralidade seria garantida através das ações na rede de serviços, nos quais devem ser considerados os aspectos subjetivos e objetivos.

Instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”, tendo cada nível gestores desse sistema previsto na Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 2004a).

Nos anos de 1990 é que se aprofunda o processo de descentralização da saúde em direção aos municípios sendo reformulada a atenção à saúde no país, através da redefinição de responsabilidades e competências de cada nível de governo e pela perspectiva de racionalização dos gastos públicos, sendo a eficiência e a equidade elementos centrais (SENNA & COHEN, 2002).

Nessa perspectiva, Marques e Mendes (2002) ressaltam que no SUS buscava-se atribuir ênfase à mudança no modelo de atenção à saúde, priorizando o nível de atenção básica. Nesse período de vigência do SUS foram implementados vários sistemas assistenciais, tais como a “vigilância em saúde”, “ações programáticas de saúde”, “saúde da família”, entre outros. Institui ainda a participação, em caráter complementar, das instituições privadas no setor do SUS, quanto ao financiamento, a participação do orçamento de seguridade social, da União, dos Estados e Municípios, do Distrito Federal e dos Territórios (COHN, 1999).

Nesse ponto, é importante ressaltar que as mudanças econômicas, ideológicas e políticas definidas por especialistas do Banco Mundial apelam para o esvaziamento do

papel do Estado e, em contrapartida, para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidados à saúde. Entre outras recomendações, seus estudos têm destacado vários programas de ajuste fiscal, como contenção da demanda pela redução dos gastos públicos, realocação de recursos, além de reformas nas políticas para aumentar a eficiência nos sistemas econômicos (COSTA, 1996). No Brasil, sugeriu-se uma agenda com alguns pontos para reforma social, entre elas: aumentar a focalização do gasto público; descentralização na execução de programas sociais e pelo fortalecimento do papel do governo federal no controle de qualidade e provisão de informações ao consumidor.

As ações de saúde para os pobres se justificariam porque sua falta de recursos econômicos os impediria de satisfazer suas necessidades de saúde no mercado. Contudo, só deveriam ter acesso a um conjunto mínimo de ações essenciais de saúde. O processo concreto de implantação de nova política de saúde, e da reforma da saúde, se está dando em distintas modalidades nos países latino-americanos que recorrem à concepção básica do modelo banco-mundialista num contexto marcadamente neoliberal. O caráter da reforma significa a redução de direitos para amplos setores da população, por outro lado, origina novas relações de poder dentro do setor saúde e a emergência de poderosos atores como as companhias privadas de seguros e grandes empresas médicas:

O primeiro obstáculo é justamente a extensão da pobreza que torna a focalização um paradoxo, não tem sentido focalizar quando a maioria da população requer um subsídio. Diante desta situação, a focalização, não se faz em torno de necessidades sociais insatisfeitas, fixado por uma política restritiva sempre rígida e insuficiente, com os generosos subsídios fiscais aos setores privados (LAURELL, 1997, p. 34).

Dessa forma, a atenção primária à saúde tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois parece tratar-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, embora seja uma abordagem tecnológica específica de organizar a prática e, como tal, dotada de particular complexidade (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996). Neste mesmo sentido Pinheiro (2001, p.75) ressalta que “na própria atenção primária podem ser exigidas habilidades e práticas de alta complexidade, que reúnem conhecimentos de diversos campos, tais como antropologia, economia, sociologia, comunicação social e a própria medicina”.

Se no hospital simbolicamente impera o medo da morte, na atenção primária impera a vontade de viver. A tolerância dos usuários com os efeitos colaterais, custos e limitações imposta pelo tratamento é muito menor. Por causa disso, aumenta muito a complexidade do projeto terapêutico, a ponto de serem necessárias negociações na própria conduta medicamentosa (CUNHA, 2005).

Ainda segundo este autor, é preciso reforçar que todo esse esforço de síntese de saberes não vinculados à Biomedicina e a incorporação de críticas a ela não significam, de nenhuma maneira, abrir mão de recursos biomédicos. É preciso constatar que esse conhecimento, hegemônico na clínica de diversos profissionais e construídos fundamentalmente na lógica da instituição hospitalar, é insuficiente, para não dizer danoso, quando utilizado de forma excludente, principalmente na Atenção Primária. Com isso, a medicalização deve ser entendida como uma força entre tantas outras na vida do sujeito atendido neste nível e não como um fim em si mesma.

Finalmente, vale apontar que a Norma Operacional Básica (NOB-96) começa a ser implantada num cenário em que a área da saúde sente intensamente os reflexos das políticas de ajuste adotadas pelo governo federal para combater o déficit público e promover o pagamento dos serviços da dívida interna e externa. Em consequência, verifica-se uma intensa retração do Estado como produtor de serviços de saúde, ensejando a busca de parcerias com a iniciativa privada. Concomitantemente, ensaiaram-se as primeiras articulações em torno da suposta necessidade de se promover a focalização das ações de saúde, adotando-se medidas de restrição à racionalização do atendimento, tais como adotadas pelos pacotes básicos de saúde (ELIAS, 1999).

A abordagem de Saúde Pública implica, por outro lado, a assunção do modelo conceitual de Ações Básicas de Saúde que centraliza, antes de tudo, a humanização do sistema de assistência sanitária e descentralização dos recursos das grandes instituições sanitárias para a comunidade, a qual se transforma em lugar natural e privilegiado de intervenção dentro desta nova ótica (SARACENO, 2001).

Trazendo essa discussão para a realidade local alguns questionamentos também podem ser colocados em manifesto. Será que a atenção básica em Botucatu se caracteriza apenas como uma oferta de serviços de baixo custo para classes sociais antes desprovidas dos recursos em saúde? Será que essa oferta tem sido focalizada apenas em alguns grupos e ações específicas ou tem sido estendida a toda complexidade requerida no nível básico, a exemplo das problemáticas em saúde mental?

1.1.2 A ESF no Processo de Mudança do Modelo Assistencial.

O Programa Saúde da Família (PSF)¹, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006), emerge num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde e apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da Atenção Primária, a partir de um conjunto de ações em consonância com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecimento (TRAD & BASTOS, 1998).

Criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, o PSF, apresenta características estratégicas para o SUS, apontando possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes (PEDROSA & TELES, 2001). Isso tem possibilitado a integração e organização de ações de saúde, assim como a integração de distintos campos de conhecimento, além de possibilitar o desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

Isso nos é clarificado, ao observarmos que o PSF tem por objetivo ser uma nova estratégia na assistência, centralizando seus esforços na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (BRASIL, 2001b) “o que vêm possibilitar às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas” (p.5).

Entende-se que o PSF representa uma mudança no modelo assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade (TRAD & BASTOS, 1998).

No PSF, o trabalho em grupo e com grupos é postulado como um pressuposto, seja através da realização de atividades direcionadas a determinadas características e grupos populacionais, como também, na utilização e trabalho conjunto como os recursos comunitários e nas possibilidades de exercer o controle social pelos Conselhos e Conferências de Saúde.

Em linhas gerais, cada equipe do PSF deve ser composta por no mínimo um médico generalista, ou médico da família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), estes devem acompanhar cerca de

¹ Optamos em manter a denominação de Programa de Saúde da Família ao invés de Estratégia de Saúde da Família na bibliografia utilizada e nos discursos dos entrevistados, tendo em vista a sua recente alteração de nomenclatura e o emprego desse termo ainda ser o mais usual.

4.000 habitantes, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe, além de ter como referência uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF), a qual é assegurado o acesso da pessoa na rede do SUS. A Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006, além de propor a alteração da denominação de Programa para Estratégia, trás a possibilidade de inserção do cirurgião dentista, auxiliares de consultório dentário ou técnicos em higiene dental como integrantes desta equipe multiprofissional, prevendo também a alocação de distintos profissionais da área da saúde, bem como o apoio de equipes matriciais de outros campos da saúde coletiva para fornecer suporte a estas equipes (BRASIL, 2006).

Também se faz necessário destacar que o Programa de Agentes Comunitários (PACS), existente desde o início dos anos 90, efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS, já trazia em suas estratégias a reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, sendo compreendido enquanto transitório para o PSF. O PACS, assim como o PSF, incorpora e reafirma em suas estratégias os princípios básicos do SUS, como a universalidade, descentralização, integralidade e participação na comunidade (BRASIL, 2001a).

Esse documento ainda coloca que entre as principais ações desenvolvidas pelo PACS e pelo PSF está a figura do ACS, sendo que entre suas atribuições estão atividades como: visitas mensais a cada família; identificação de situações de risco; registro de pesos e medidas de crianças abaixo de dois anos; campanhas de vacinação, identificação de portadores de deficiência, com orientações e apoio necessário aos familiares em sua própria residência.

Com o foco nas famílias, é importante compreender que, sob os efeitos da globalização da economia e conseqüentes ajustes econômicos ocorridos nos últimos anos em nosso país, ela tem sido colocada em acelerado processo de empobrecimento, alterando profundamente sua estrutura, seus sistemas de relações, papéis e formas de reprodução social (CARVALHO, 1995). Por isso, a priorização da família na agenda da política social envolve uma pauta que atente tanto para programas de geração de empregos e renda, quanto para uma rede de serviços comunitários de apoio psicossocial e cultural: “Com a família é necessário ainda, que se organize uma rede de serviços especializados de orientação e acompanhamento a grupos familiares com dificuldades específicas” (p.18).

Também é indispensável que estes serviços sejam implementados de forma descentralizada (CARVALHO, 1995) tendo como base a comunidade, e otimizando as relações e recursos já existentes, sendo que os serviços de atendimento especializados à saúde precisam ser uma referência conhecida da população, pressupondo a regularidade na oferta dos mesmos.

A visita domiciliar é um dos recursos mais valiosos para o serviço de saúde. Por meio dos ACS muitas vezes é possível detectar problemas antes que se agravem, é possível evitar que as pessoas venham ao serviço de saúde por dúvidas ou orientações que podem ser feitas nas visitas regulares dos ACS, diminuindo a demanda desnecessária na Unidade de Saúde (CUNHA, 2005).

A nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para sua organização, reafirma o PSF enquanto estratégia de reorganização da atenção básica no Brasil, e aponta como seus principais fundamentos: possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde com território adscrito; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; formação e capacitação constante de seus profissionais; participação popular e controle social, além de organizar o fluxo de usuários, visando a garantia de referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica (BRASIL, 2006).

Acredita-se que o PSF tem possibilidades e estratégias para realizar a mudança no modelo assistencial, mas verifica-se a necessidade de se flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como não conscientizar somente os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada. É necessário também, conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria PSF/Família/ Comunidade (ROSA & LABATE, 2005), pois a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde (ALVES, 2005).

A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF, é um desafio. É essencial um

modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. Sem isso se corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais de saúde e pela sociedade à referida proposta. Por isso, é de suma importância que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido da melhor qualificação de seus profissionais para o trabalho cotidiano (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O Programa de Saúde da Família, portanto, apesar dos seus avanços, continua reforçando a necessidade de discussão e a elaboração da prática de cuidado de todos os profissionais. Muda-se o modelo de atenção, referencia-se a população, organizam-se reuniões, gerencia-se com foco direcionado mais aos resultados do que aos procedimentos, e nem sempre isso modifica a prática de cuidado da forma mais pertinente às problemáticas da população (CUNHA, 2005).

Da mesma forma, a saúde mental enquanto área de interesse e alvo de ações no contexto da Atenção Primária também se faz presente, num processo que teve seu início na reclusão dos loucos em asilos psiquiátricos e, que apenas há bem pouco tempo, tem sido encarado sob uma nova perspectiva de atenção. Inúmeros autores nos relatam essa história no Brasil² e no mundo, sobre a segregação, humilhação e maus tratos a que foram e ainda continuam sendo submetidas as pessoas com sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, advinda principalmente da experiência Italiana liderada por Franco Basaglia, trouxe uma visão diferenciada sobre a loucura e, com ela, inúmeras possibilidades e ações que acreditam na desinstitucionalização e inclusão social das pessoas acometidas por um sofrimento psíquico.

Esse percurso histórico de contestação e substituição do aparato manicomial também se fez presente no município de Botucatu, levando a uma série de transformações na prestação da assistência e na oferta dos recursos na área da saúde mental. No entanto, algumas indagações ainda se tornam alvo de investigação e questionamento, como: Será que um bom quadro de equipamentos em relação à população do município tem garantido os princípios da integralidade, universalidade e equidade? Será que a substituição do manicômio por redes substitutivas e inseridas em redes sociais tem favorecido a desmistificação e inclusão das pessoas com sofrimento psíquico em nossa sociedade.

² Entre estes autores estão: Amarante (1995b); Foucault (1988); Kinoshita (1987); Rosa (2003); Rotelli (2001b).

1.2 Atenção Psicossocial em Saúde Mental no Trabalho Terapêutico em Rede Social

1.2.1- Atenção à Saúde Mental na Rede Básica de Saúde

A Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) e a Declaração de Caracas (1990) trouxeram em seu bojo, a idéia de reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde, ressaltando a importância da promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção da pessoa com sofrimento psíquico em seu meio social, sendo que o hospital psiquiátrico deixa de ser o componente central da atenção psiquiátrica e propõe que os serviços comunitários passem a ser o principal meio para se ter o atendimento. Compreendem-se melhor estas questões quando constatamos que a presença do sofrimento psíquico é comum em pacientes que buscam serviços de atenção primária à saúde:

Hoje cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de Transtorno Mental ou de comportamento, mas apenas uma minoria recebe tratamento mais básico. Nos países em desenvolvimento é deixada a maioria das pessoas com Transtorno Mental graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular da depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa da doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação (OMS / OPAS, 2001, p.27).

Negligenciada por demasiado tempo, a saúde mental é entendida hoje, como essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, devendo ser universalmente encarada sob uma nova perspectiva (OMS / OPAS, 2001). Com isso, o manejo precoce e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária, possibilitam a um maior número de pessoas ter um acesso mais fácil e rápido a estes serviços, proporcionando não só uma atenção melhor, como reduzindo o desperdício com exames supérfluos e impróprios.

Apesar dos quadros de depressão apresentarem uma taxa de prevalência relativamente alta nos serviços de atenção primária, seu diagnóstico e tratamento são insuficientes. Os clínicos gerais falham na detecção do transtorno em mais de 50% dos casos, e provém tratamento para apenas um terço deles. Nos pacientes em que o transtorno não é diagnosticado ou é subtratado, observa-se uma pior evolução (VALENTINI, 2004). O autor aponta que a maioria dos médicos no Brasil e, freqüentemente, em outros países é treinada em hospitais e ambulatorios psiquiátricos, onde os problemas dos pacientes são totalmente diferentes daqueles encontrados na prática diária do Centro de Saúde, o que dificulta muito seu modelo de atuação neste nível.

Os padrões de consumo de diazepínicos, a escalada dos antidepressivos, a síndrome do pânico e a necessidade de estimulantes “cada vez mais poderosos” realmente coincidem e obrigam os profissionais de saúde a questionarem suas prescrições analgésicas e seus objetivos terapêuticos, tendo em vista que os limites da Biomedicina facilitam muitas vezes, pela redução do sujeito ao corpo e pela conseqüente dificuldade de proposição de outras alternativas.

Neste sentido, o aumento de serviços na área de saúde mental significa reconhecer a importância do sofrimento psicológico como fundamental no bem estar da população e o direito que ela tem de poder contar com o que há de melhor no campo das terapêuticas para enfrentá-lo. Verifica-se que a maioria absoluta dos quadros clínicos que se apresentam às portas dos serviços de saúde mental prescinde de internação e poderão ter melhor prognóstico se tratados ambulatorialmente (BEZERRA, 2000).

A Política de Saúde Mental para a Infância e a Adolescência de 2003, também destaca que os transtornos mentais levam a um grande sofrimento, tanto para as próprias crianças afetadas, como para as suas famílias e comunidades. Diante desta realidade torna-se urgente a necessidade de retomar a articulação das estruturas de atenção à saúde mental da infância e adolescência e estabelecer uma política que possibilite a adequação da rede de atenção às necessidades e demandas da população. Mesmo contando com a presença de serviços especializados de atenção em saúde mental da infância e adolescência, os casos de saúde mental nesta faixa etária podem ser diagnosticados e tratados em serviços de atenção básica. A necessidade de encaminhamentos para serviços especializados depende mais de fatores como capacitação dos profissionais da rede básica, vínculos estabelecidos e facilidade de acesso do que do diagnóstico. Ou mesmo trabalhos interligados como,

acompanhamento medicamentoso no serviço especializado e psicoterapia e orientação familiar na UBS (YUNES, 2003).

Ainda segundo esse autor, as experiências de atendimento psicoterápicos em ambulatorios de massa têm demonstrado que se por um lado a capacidade de verbalizar com fluidez e de pensar de modo crítico é freqüentemente escassa nas chamadas populações de baixa renda, a possibilidade de reflexão sobre sua própria condição está presente.

Oriundos de práticas iniciadas experimentalmente na década de 1970, o trabalho do psicólogo em Centros de Saúde, assim como as funções da saúde mental na atenção primária à saúde, passaram a adquirir maior relevância no final dos anos de 1980. Conforme Silva (1988) nos apresenta em seu trabalho de análise documental, questões como as atribuições das equipes de saúde mental inserida em Unidades Básicas de Saúde e a necessidade da adequação do modelo clínico tradicional para uma nova concepção de trabalho para uma camada da população, que até então era privada de uma atenção na esfera da saúde mental, ganharam maior destaque nesse período.

As ações de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde em São Paulo, na década de 1990, passaram a desempenhar um importante papel na formação da rede de atenção integral em saúde mental. A contribuição da UBS como espaço aberto, facilitador de convivência, de enfrentamento ao preconceito, e, conseqüente mudança de olhar sobre o fenômeno da loucura, é notável quando essa passa a transitar nos corredores, consultórios, aproximando, humanizando, circunscrevendo, implicando o fenômeno no cotidiano das pessoas (LOPES, 1999). As ações de saúde mental constituíram papel reorientador das UBS quando puderam solicitar a atuação multidisciplinar, tensionando um pensar e olhar coletivo sobre o fenômeno do adoecimento psíquico, que se manifesta não só através dos indivíduos - usuários, mas também através das instituições – usuárias, alterando fluxos até então cronificados.

Entretanto, em experiências como a de Campinas-SP, relatada no estudo de Del Bem et al (1999), foi constatado que a atribuição de competência à rede básica e às equipes de saúde mental, em assistir pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, revelou-se ineficaz para o alcance dos objetivos de desospitalizar e desinstitucionalizar. Esta dificuldade é evidente quanto à aceitabilidade, equidade e eficácia, além da ausência de propostas de articulação intersetorial, que diminuiu a viabilidade de instalação de

equipamentos de reabilitação, como as oficinas, centros de convivência e moradias protegidas.

Outras experiências em espaços de intervenção revelaram a possibilidade do atendimento a psicóticos e pacientes mais graves em uma Unidade Básica de Saúde, desde que haja um modelo convergente nessa direção, tanto por parte da equipe da Unidade, quanto dos outros equipamentos da rede, e, sobretudo, de uma política de saúde compromissada com a cidadania e com a ética. Com certeza, muitas questões se colocaram a partir dessa práxis, em relação à atuação técnica e política da equipe, sendo que algumas delas dependem também de outras esferas, como as que se referem ao trabalho e inserção social desses pacientes, seu acesso à cultura e ao lazer (ABREU et al, 1999).

Campos (1992) considera que são altamente produtivas as ligações entre esse projeto de reconstrução do SUS e o de inserir a saúde mental nas Instituições Públicas. Define três diretrizes prioritárias para a saúde mental nos sistemas públicos: 1- Como uma prática clínica específica e especializada, em que o trabalho dos profissionais de saúde mental seria o de suporte, apoio à formação e assessoria, supervisão das práticas das equipes envolvidas no atendimento básico; 2- Como um corpo de saberes capaz de apoiar o conjunto das práticas clínicas e coletivas na rede básica em equipes não especializadas em saúde mental e 3- Como agentes capazes de reforçar a gestão descentralizada e democrática.

Essa mesma autora ainda pondera que para os casos graves de distúrbios emocionais não é suficiente o trabalho das equipes básicas, ainda que compostas por profissionais de saúde mental. Nesses casos faz-se necessária a criação de estruturas com capacidade de cuidado e de atenção que transcendem aos da unidade básica: como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia e unidades para internações psiquiátricas breves. Há quem defenda que quanto mais aumentar a demanda de uma região em problemas mais graves, maior deveria ser a retaguarda para apoio a uma equipe local de saúde mental: aumentar as estruturas para internações psiquiátricas breves e para os pronto-socorros psiquiátricos. São essas as pessoas que exigem uma atenção mais intensiva e diversificada do que a possível no esquema de equipes locais, mas, apesar disso, não deveriam ser internadas em hospitais ou encaminhadas aos Pronto-Socorros.

Embora a atenção primária ainda se encontre à sombra das luzes da reabilitação, não seria fora de propósito afirmar que é justamente da agilidade e do potencial resolutivo

deste primeiro filtro que depende toda a organização dessas novas modalidades de assistência. “Além do fato óbvio que as ações assistenciais no nível secundário podem abortar seu indesejável desdobramento – a internação tradicional” (GIORDANO & PEREIRA, 1996, p.240).

Mas os desafios são enormes, e podem ser resumidos em duas palavras – chave: a garantia do acesso (a rede ainda é muito insuficiente para a magnitude da demanda), e a consolidação do modelo que só se conseguirá quando a atenção psicossocial no território tornar-se de fato efetiva e de qualidade (BRASIL, 2005).

Alves (2001), em estudo sobre a integralidade nas políticas de saúde mental, explicita que existem questões de natureza ideológica e ética nessa área. A primeira está relacionada ao direito à convivência e ao livre arbítrio, feridos pelo mecanismo da segregação no hospício, e a segunda, por negar o isolamento como instrumento terapêutico e paradigma de tratamento. Dessa forma, a integralidade passa a lidar necessariamente com os conceitos de inclusão, exclusão, seleção e cobertura, diretamente atrelados a pressupostos que norteiam a organização e funcionamento dos serviços na superação do aparato manicomial.

Por atuar com a lógica da desinstitucionalização com maior ênfase no vínculo, o PSF também se constitui numa estratégia adequada para trabalhar a saúde mental na atenção básica, estando suas equipes engajadas no dia-a-dia da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população. O PSF torna-se assim, uma importante estratégia para a reinserção da pessoa com sofrimento psíquico, a partir do momento em que os profissionais percebem as famílias como responsáveis pela saúde de seus membros e não como uma simples cumpridora das determinações dos profissionais de saúde (ROSA & LABATE, 2003). Outro fato que também se faz presente no PSF é a singularização do atendimento, pois a condição de mero prontuário é transformada para o reconhecimento do indivíduo, obrigando as equipes a se depararem com o sofrimento humano, uma difícil tarefa para a qual não estão preparadas (SCÓZ; FENILI, 2003).

Contudo, o atendimento à pessoa com sofrimento psíquico no PSF parece repercutir um distanciamento no envolvimento dos profissionais com os mesmos, num momento em que a humanização da assistência vem sendo a peça fundamental para a mudança do modelo assistencial, a que se deva em parte a uma temática bastante

complexa e pouco desenvolvida, em virtude da falta de treinamento e/ou conhecimento específico sobre o assunto.

O que se preconiza é que se deva garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes do PSF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência que podem ser específicas ou aquelas dos serviços de saúde mental já existentes (BRASIL, 2005).

Trazendo para discussão a questão da supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família, Matumoto et al (2004/2005) ponderam que o trabalhador de saúde necessita assumir e incorporar o seu papel de cuidado, ampliando suas ferramentas com tecnologias leves em relação ao vínculo, acolhimento, responsabilização e articulando necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações. Por sua vez, a supervisão deve buscar romper com a divisão técnica e social do trabalho em equipe, lidar com a questão dos preconceitos na desconstrução das relações de poder e apoiar a equipe na análise das implicações inerentes a própria relação de atendimento.

Diversas pesquisas indicaram que unidades básicas de saúde, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. Além disso, o PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com os outros níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da população e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso de tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros, não isolando a alta complexidade, mas a coloca articuladamente à disposição de todos (BRASIL, 2000, 2004b, 2006).

Outras pesquisas já apontaram para essa preocupação. Reis e Hortale (2004); Scóz e Fenili (2003) colocam que os profissionais que atuam no PSF se graduaram segundo um paradigma curativo e fragmentado de saúde, em que são valorizadas as especialidades e não a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer. A reestruturação do modelo de atenção busca modificar as antigas concepções, objetivos e focos das ações, exigindo uma série de transformações nas posturas e atitudes dos atores envolvidos no enfrentamento dessa nova realidade.

Apesar do PSF ainda estar vinculado a um modelo médico de intervenção, pode superá-lo, na medida em que ocorram mudanças na formação e conduta dos profissionais,

que devem reconhecer os casos de saúde mental na comunidade e trabalhar na prevenção (ROSA & LABATE, 2003).

No contexto familiar, na tentativa de conviver e respeitar as diferenças, na proteção e amparo dos mais fracos e dependentes e na busca de relações mais abertas, flexíveis e democráticas, há muitas coisas que poderiam ser feitas pelos profissionais de saúde e, em especial, do PSF: aconselhamentos, diálogo, oficinas de expressão, desenvolvimento de trabalhos grupais, não somente para prevenir doenças, mas para inventar e reinventar a prática de atenção em saúde, ampliando as suas relações com a comunidade tratada em toda sua rede social. (BREDÁ & AUGUSTO, 2001).

Esses sentidos apontam a necessidade de suporte aos profissionais de saúde da família, viabilizando a construção de diálogos e de cuidados, por meio de sua prática comunitária, com as famílias que lidam com a enfermidade mental. Como cuidadores, é preciso que os profissionais compartilhem de crenças, valores e práticas de que a família se utiliza para realizar o cuidado, como também compartilhem de outros saberes a esse respeito (SOUZA & SCATENA, 2005).

Alves e Guljor (2004) referem ainda, que é preciso ter clareza de que os elementos fundadores do PSF/ PACS são comuns também a esse novo modelo de cuidado: a integralidade, o conceito de cobertura e responsabilidade territorial e o conceito de perenidade do cuidado – do cuidado como atitude. Entretanto, existe o risco de que essas ações na atenção básica reproduzam o modelo biológico. Mas o dia-a-dia vai construir vários PSF e também possibilitar a invenção de várias formas de sua integração com a saúde mental. Em texto anterior Alves (2001) também ressalta a preocupação e o grande cuidado necessário para não se psicologizar o cotidiano, tentação que vem sendo superada nos últimos anos, mas ainda se faz presente em muitos serviços e equipes de saúde.

Na presente pesquisa, esperamos também, coletar informações que auxiliem na compreensão de como a ESF em Botucatu tem atuado com problemáticas da saúde mental. Diante de tantas recomendações e da diversidade de ações presentes no nível básico de atenção, será que a saúde mental tem sido objeto de intervenções específicas? Será que os conhecimentos e ações existentes estão proporcionando às equipes de saúde da família uma maior racionalização do uso de tecnologia, através de uma maior resolutividade de casos neste nível de atenção?

1.2.2 A Configuração dos Modelos Extra-Hospitalares em Saúde Mental numa nova relação de cuidado.

De acordo com a Política de Saúde Mental, o governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede de serviços em saúde mental, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; o programa “De Volta Para Casa”; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento de qualidade à pessoa com transtorno mental infratora (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria) (BRASIL, 2004b).

Em 1991, a portaria 189 do Ministério da Saúde instituiu no plano nacional, no rol dos procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. E em 1992, com a portaria 224, aperfeiçoou sua regulamentação e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo, definindo 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 (BRASIL, 2001a, 2004b). Esta portaria traz ainda, as normas para o atendimento em Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios, destacando as equipes multiprofissionais de saúde mental e suas ações, como: atendimentos individuais e em grupos, atividades sócio-educativas, visitas domiciliares, atividades comunitárias, grupos de orientação, entre outras.

A lei federal nº 10.216 da Legislação de Saúde Mental, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No parágrafo único afirma-se que é de direito da pessoa com transtorno mental “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001b).

Guimarães, Torre e Amarante (2001) colocam que é necessário forjar um novo conceito no lugar de doença, um novo objeto que reavalie o fenômeno da loucura, sem escamotear sua complexidade ao mesmo tempo em que impeça ser ela, a loucura, capturada na doença. O trajeto que compreende a saída da condição de sujeitado, marcado por exames clínicos e diagnósticos psiquiátricos, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que lute para produzir a cidadania para si e seu grupo, passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia, ao invés da cura, incitação à emancipação e desconstrução da relação de tutela.

Este novo tipo de cuidado implica em investir na capacidade de emancipação do indivíduo, em operar suas próprias escolhas e em seu potencial de estabelecer suas próprias significações pautadas em sua história e de forma singularizada. “O desafio é o aumento do seu poder contratual, da possibilidade de ampliar seu potencial de trocas sociais. Sendo assim, o respeito à singularidade é premissa fundamental” (ALVES; GULJOR, 2004. p. 229).

Compreende-se melhor essas questões, quando observamos a definição de Reabilitação Psicossocial proposta por Pitta (1996), como representando um conjunto de programas e serviços desenvolvidos para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental, “é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (p.21).

O interesse pela reabilitação nasce de uma exigência precisa de responder à demanda de “entretenimento extramanicomial” e, em alguns casos, de melhora da qualidade de assistência de grandes massas de pacientes: para oferecer às famílias um tempo diário de alívio na gestão da pessoa com transtorno mental (PTM), para controlar a PTM que vive só, para lhe oferecer uma alternativa à solidão diária, para tentar uma inserção dela no mundo produtivo, para apoiá-la na vida habitacional, para auxiliar nas intervenções psicoterápicas e farmacológicas (SARACENO, 2001). A cidadania do usuário de serviços em saúde mental não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos consubstanciais, e é dentre de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível.

Em oposição ao modo asilar como paradigma das práticas dominantes, Costa-Rosa (2001) designou como modo psicossocial o novo modelo que vai se configurando tendo por base as práticas da reforma psiquiátrica:

No modo psicossocial, há um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais que ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como parte da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem (p.155).

De acordo com essa perspectiva (TENÓRIO, 2002) aponta que deve haver consideração dos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes do processo saúde-doença e não apenas de maneira genérica. Seus meios básicos são as psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, destacando as cooperativas de trabalho. Assim como na pertinência do indivíduo num grupo familiar e social como agentes de mudanças buscadas. “Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica” (p.13).

Condizente ainda com esta visão, Vasconcelos (2000), destaca o conceito de *empowerment*, entendido enquanto valorização do poder contratual dos clientes nas instituições, e do seu poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade:

Além de princípios gerais expressos em termos de direitos especiais para os portadores de transtorno mental, as abordagens da normalização e do *empowerment* desenvolveram sistematizações teóricas e técnicas para implementação, desenvolvimento e avaliação de serviços de saúde mental... e sobretudo, estimulando o *empowerment*, por meio do estímulo às iniciativas de auto-ajuda, suporte mútuo, mudança cultural, defesa dos direitos informal, legal e profissionalizada, de forma individual e coletiva, e a participação efetiva dos usuários nas decisões nos serviços e agências promotoras de políticas de saúde mental, nos níveis de planejamento,

execução, avaliação de serviços e na formação de recursos humanos para o trabalho no campo da saúde mental (p.189).

Um aspecto central do empowerment comunitário é a possibilidade de que os indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política. Carvalho (2004) refere que a incorporação deste conceito às práticas assistenciais demanda que novos modos de se fazer saúde, incorporem como diretriz, uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direito, em substituição a uma perspectiva que os entende como suplicantes de beneficiários dos serviços.

No Brasil, pode-se verificar um crescimento do número de associações de usuários, familiares e profissionais de saúde mental. Já existem muitas organizações não-governamentais (ONGs) com as mais diversas configurações. A maioria delas tem sua origem vinculada à reforma e nasceram a partir do trabalho dos serviços substitutivos. Esse fenômeno reflete um desejo da sociedade civil de se organizar para ter mais influência nos rumos da assistência em saúde mental. A existência de uma ONG amplia as possibilidades dos familiares para a exploração de novos territórios, assumindo o papel de protagonistas de uma saúde mental coletiva a se construir (MELMAN, 2001).

Diferentemente das representações de usuários existentes no campo da saúde, na saúde mental, tais representações trazem consigo uma peculiaridade, até uma inovação de ação política, constituindo-se num esforço de representar aqueles que legalmente não poderiam se representar, pois estariam incapazes de exercer os atos da vida civil, como estabelecer encargos e contratos. A existência desse dado indica a realização de uma estratégia inovadora em relação à constituição de representações organizacionais, tornando o processo associativo na saúde mental muito peculiar (SOUZA, 2001).

Nesse contexto, também se encontram estratégias organizadas voltadas para um enfoque mais político, como os Encontros Nacionais de Usuários e Familiares do Movimento da Luta Antimanicomial. No último encontro realizado em Xerém – Duque de Caxias-RJ em 2003, cujo tema foi o “Controle Social na Saúde Mental: Participação dos Usuários e Familiares”, diversas questões foram debatidas e destacadas nos relatórios e nas moções aprovadas. Entre elas estavam: o Projeto de Volta Para Casa; a rede de serviços em saúde mental; o trabalho e os projetos envolvendo as oficinas de geração de

renda, a moradia, e até mesmo a própria organização nacional do movimento (NABUCO, GOULART, POLIDORO, 2003).

A Lei 9.867/1999, em sua ementa dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos. São os programas de trabalho assistido, de capacitação profissional e de organização dos usuários, frente às desvantagens desta população em relação aos direitos civis e de suas habilidades para o mercado formal de trabalho. O respeito à singularidade do usuário e de sua capacidade produtiva; noção de coletividade; a preocupação com a qualidade do produto, dispensando a benevolência e a compaixão (ALVES & GULJOR, 2004).

Os projetos de trabalho nas oficinas de saúde mental exigem, em primeiro lugar, a produção de sentido, isto é, trata-se de encontrar modos de produção que singularizem existências, permitam o surgimento de processos criativos e, fundamentalmente, que legitimem a pluralidade da vida. Galleti (2004) destaca que para a ação nas oficinas, conexões com outras áreas de trabalho, que não são as do modo de produção capitalista por excelência tornam-se importantes, as quais potencializam processos de produção que associam concepção e execução, assim como uma certa autonomia sobre o ritmo de produção.

A Portaria 336/2002 por sua vez, dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II e III, definidos por ordem crescente de porte/ complexidade e abrangência populacional. (BRASIL, 2004b). Escolhidos oficialmente pelo Ministério da Saúde como estratégico para a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos, os CAPS são serviços abertos, que buscam como pressuposto a superação da dicotomia entre os diversos tratamentos. O CAPS congrega uma equipe multiprofissional, constituindo lugar de interlocução de vários saberes e conhecimentos, deve estar aberto à comunidade e a seus problemas além de contar com seus recursos (ALVES & GULJOR, 2004).

Há também outras modalidades de assistência em que a integralidade pode ser contemplada, a exemplo do Projeto de Volta à Cidadania desenvolvido junto a crianças pelo Instituto Franco Basaglia e a Funlar, órgãos da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro. Alves (2001) destaca que são atendidas crianças com graves deficiências físicas e mentais com variados graus de dependência de cuidados, que freqüentam ambientes com atividades recreativas, culturais e esportivas,

além de estarem matriculadas em escolas regulares com atividades especiais. Considera assim, a intersetorialidade e a diversificação como componentes indissociáveis da integralidade.

Para substituir também a propalada “hospitalidade” do hospício, foram implantados as residências terapêuticas ou lares abrigados. São as casas assistidas para que as pessoas acometidas psiquicamente com grave precariedade de rede social possam sair do hospital psiquiátrico. Denominadas oficialmente de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), têm sido desenvolvidas por técnicos e usuários dos serviços de saúde mental, como forma de garantir a permanência dos sujeitos no ambiente da cidade. Criado pelo Ministério da Saúde pela Lei 10.708 o programa “De Volta Para Casa”, destina um salário mínimo para as pessoas com transtornos mentais egressos do hospital psiquiátricos com mais de dois anos de internação à época de sua promulgação (BRASIL, 2004b).

A promulgação da Portaria interministerial 353/05 e da Portaria do MS 1169/05, que respectivamente, institui o Grupo de Trabalho Saúde Mental e Economia Solidária, estabelece incentivo financeiro para os municípios que desenvolvam projetos de inclusão social pelo trabalho, tendo como finalidade a manutenção das pessoas com transtorno mental na comunidade, com melhoria das condições concretas de vida, contribuindo para que cada usuário seja conhecedor e gestor de suas próprias necessidades (BRASIL, 2005).

Num cenário mais atual, tivemos a realização em Brasília, da I Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool em Novembro de 2005, com representantes de 34 países do continente nas discussões. Neste encontro, o MS apresentou a nova política de álcool e outras drogas, bem como os resultados alcançados a partir de 2002 em função dos CAPS ad. Ao final, foi elaborada a Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool. Além da indução de políticas e estratégias resolutivas baseadas na cultura específica de cada país, foram destaque as iniciativas para a promoção à saúde, prevenção e tratamento, como as estratégias de redução de danos que também foram incluídas (BRASIL, 2005).

Nesse mesmo ano em Brasília, o Ministério da Saúde, em conjunto com Organização Pan-americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, convocaram os representantes governamentais da área da saúde mental, organizações da sociedade civil, usuários e familiares em comemoração aos 15 anos da Declaração de Caracas, onde foram tirados os princípios orientadores para o desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas (BRASIL, 2005). Foi constatado que apesar de todos os avanços obtidos

desde a declaração, continua a ser excessivo o número de leitos em hospitais psiquiátricos, em contraste com o número demasiado escasso de serviços substitutivos na comunidade, além da insuficiente capacidade de registro, documentação, monitoramento e avaliação.

O que tem se constatado até o presente momento, é que a criação de serviços substitutivos ao aparato manicomial não tem acompanhado o fechamento do número de leitos psiquiátricos na mesma proporção. Outro fator a ser mencionado, é a ausência ou a incipiência dos cursos de graduação que não contemplam a história de desinstitucionalização em sua formação, como também não capacitam seus alunos para uma atuação condizente ao que se espera nesses novos dispositivos. Por sua vez, o poder da “indústria da loucura”, manifestado principalmente pelos hospitais psiquiátricos particulares e indústrias farmacêuticas, ainda colocam inúmeros entraves a concretização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que nos faz pensar que existem ainda muitas questões com as quais o Movimento da Luta Antimanicomial e a sociedade devem se preocupar e se mobilizar.

1.2.3 O Sentido de uma rede de Atenção Integral à Saúde Mental

Lopes (1999) coloca que o curioso e delicado ofício de tecer exige técnica, conhecimento e criatividade. Entretanto este tear, em que são tecidas potencialidades de vida, de enfrentamento às situações-problema é um tear coletivo, em que a assimetria no tempo, a habilidade criativa, o conhecimento, o ritmo e as expectativas de cada um carecem de um balizador que entrelace as diferenças. “Uma trama interdependente, circunscrita, pois com identidade própria; trama que exige comunicação comunitária e solidária. Um pacto de referência e contra-referência, emoldurando um movimento de cuidado e valorização” (p 46).

É possível perceber hoje no campo da saúde mental do Brasil um expressivo processo de transformação do lugar do louco como ator social, como sujeito político, sendo que um dos aspectos é a ampliação do conceito de reforma psiquiátrica. Guimarães, Torre e Amarante (2001) retratam que o objetivo é não reduzi-la a um processo exclusivamente restrito a mudanças administrativas ou técnicas dos serviços, e sim construir um conceito que não seja sinônimo de reforma da assistência psiquiátrica, a exemplo dos processos que ocorreram nas décadas de 1960 e 1970.

A mudança de modelos na assistência à saúde mental faz-se necessária e traz em seu bojo a convicção da necessidade de formulação de outros modelos conceituais, além da reformulação das próprias instituições, principalmente àquelas que lidam com o doente mental e implicam a implementação de uma nova política de saúde. (VIETTA et al, 2001).

Sobre a natureza do objeto “rede”, uma dupla leitura torna-se indispensável: como organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos. (HARTZ & CONTADRIPOULUS, 2004).

A Lei 10.216, também traz em seus artigos 2º e 3º, que a rede de serviços pressupõe a criação de alternativas de cuidado de acordo com o diagnóstico epidemiológico e as necessidades da população adscrita. As unidades constitutivas dessa rede devem formar uma rede articulada de modo que os pacientes possam utilizar cada nível de atenção de modo contínuo, segundo suas necessidades. A estruturação de um sistema ágil de referência e contra-referência permite aumentar a efetividade dos serviços,

otimizando cada equipamento e melhorando a qualidade global da assistência prestada (YUNES, 2003).

A noção de saúde mental, diferentemente da visão patologizante da Psiquiatria inclui a problemática da saúde e da doença, sua ecologia, a utilização e avaliação das instituições e das pessoas que a usam, o estudo de suas necessidades e dos recursos necessários, a organização e a programação de serviços de tratamento e de prevenção das doenças, e de promoção da saúde (SARACENO, 2001).

O processo de desconstrução da rede de instituições totais em saúde mental pressupõe uma estratégia política, institucional e técnico-profissional de desmontagem do modelo hospitalocêntrico e das representações sociais excludentes:

Em contra-partida, tenta-se construir novas práticas e instituições que questionam continuamente as formas recicladas de opressão, repressão e exclusão social do usuário. Essas mudanças permitiriam a manifestação de um fluxo dialógico nas práticas infra e interinstitucionais, como também invenções terapêuticas comprometidas com a sua liberdade e inclusão social. Dessa forma o novo sistema de redes institucionais deveria assim funcionar como um circuito integrado de serviços de saúde mental, com as funções terapêuticas e sócio-assistenciais dominantes, tendo como porta de entrada as organizações sanitárias territoriais (FILHO & NÓBREGA, 2004, p. 4-5).

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte) econômicos (dinheiro, previdência), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004b).

A grande estranheza da comunidade em cuidar de seus loucos, por meios de recursos alternativos de saúde, ou mesmo a partir da organização em novos códigos de convivência e tolerância, precisou e ainda precisa ser considerada, analisada e trabalhada concomitantemente com as mudanças que se imprimem através dos serviços de atenção à saúde mental substitutivos aos hospícios (LOPES, 1999).

Nas diversas reformas dos sistemas nacionais de saúde, a descentralização e a regionalização, mediante a integração dos serviços de saúde em redes assistenciais, têm sido ativamente estimuladas com base no modelo ideal de integração, que teria como pressuposto teórico aumentar a efetividade e a eficiência dos sistemas (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Saraceno (2001) também ressalta que a interrupção do controle duro e visível do manicômio e de sua oferta de soluções simplificadas às necessidades habitacionais e de existência quotidiana determina a necessidade de respostas que possam se organizar sejam em torno da simples lógica do abandono ou então dentro da lógica da contenção extramural ou, enfim, à lógica da reconstrução da cidadania plena.

A concretização dessa imagem ideal de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado, ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para sua efetiva implantação (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Nesse sentido, Rotelli (2001a) afirma que a instituição inventada sobre o objeto “existência que sofre do corpo em relação com o corpo social” é feita de serviços que, rompida a separação do modelo médico e percebendo no modelo psicológico os idênticos vícios do biológico, entram com toda força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, nas cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e, por isso, terapêuticos.

A interligação dos serviços facilita o emergir de uma cultura da vizinhança, da troca de experiências e informações, movimento que materializa tanto o sentido da responsabilidade ampliada quanto o do acesso garantido a todos os lugares de saúde com inúmeros personagens a se vincular:

Reside nesta opção de inúmeros dispositivos institucionais e ações articuladas em referência e contra-referência a ousadia de introduzir o fenômeno do sofrimento mental no cotidiano, na periferia das relações.

Uma proximidade a ser desmistificada pelos atores sociais, parceiros na produção antimanicomial (LOPES, 1999, p.66).

É nesse ideário que Saraceno (2001) aponta que as instituições formais da comunidade e as informais representam recursos potenciais de um serviço: da paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos, a rede de lugares, recursos e oportunidades são inúmeras, assim como as possíveis articulações entre serviço/ paciente/ comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar.

Por isso Alves e Guljor (2004) colocam que a qualidade do cuidado é a incorporação permanente do papel de agenciador. É a negação do ato freqüente de encaminhar. A equipe de cuidado e o serviço precisam estar prontos para acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento, sem compartimentalizá-lo por especificidades de demanda ou repassá-lo, ao se deparar com a complexidade das questões. O agenciador deve ter como pressuposto básico a tomada de responsabilidade e, como consequência, constitui-se como mediador das relações daquele com o mundo.

Dell'Aqua e Mezzina (2005) afirmam ainda quanto à questão da “tomada de responsabilidade”, que as respostas às crises no serviço territorial, devem ser preferencialmente orientadas a conectar a pessoa com um sistema de relações, de recursos humanos e materiais. A pessoa em crise pode atravessar esse momento sem perder sua continuidade existencial e histórica. Isso se torna mais possível diante da manutenção de seus vínculos com seu ambiente, à individuação de sua história de adoecimento, pela reconstrução de relações com pessoas significativas e de novas redes de relações. “Não é mais possível, nem oportuno, encaminhar a pessoa “difícil” a outras soluções institucionais” (p.193).

O que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação na qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. O princípio da integralidade é exercício por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro:

A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre

com problemas de saúde, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articulada no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (MATTOS, 2004, p.5).

Não hierarquizados, os serviços de saúde mental foram necessariamente se flexibilizando quanto ao desempenho e competência: deveriam dar o maior número de respostas, em maior extensão de complexidade, interdisciplinariamente, às pessoas com sofrimento psíquico onde quer que se encontrassem. A principal variável a ser considerada era o vínculo terapêutico e institucional capaz de enquadrar e dar continência às crises, às vivências do cotidiano, pois adentrar vários espaços institucionais de características diversas não deveria jamais implicar engessamento de abordagens hierarquizadas e/ ou personalizadas:

A referência e contra-referência dos serviços de saúde mental sustentaram a rede, que concretizou ações coordenadas, articuladas solidariamente. Oxigenaram-se possibilidades, principalmente ao co-responsabilizar indivíduos, instituições e propostas de campo da assistência, da sociabilidade, da educação e do trabalho. Uma rede por princípio integrada, de inclusão do outro, de recursos da comunidade, de idéias, de invenções e ousadias. Elementos vitais à reestruturação de vidas autônomas, expectantes e propositivas, que não se deixaram novamente seqüestrar, asilar, pescar (LOPES, 1999, p. 67).

Sabe-se que uma estrutura celular não seria capaz de satisfazer toda a sua demanda genérica. Por isso, Filho e Nóbrega (2004) vislumbram que essa rede deve diversificar e integrar suas intervenções e recursos humanos e materiais de modo a poder atender, ao menos, a maioria dessas demandas, no conjunto das estruturas celulares. Situação que pode contribuir para o crescimento da rede e para a promoção das conversões das demandas advindas das instituições totais, gerando um novo circuito de demandas e intervenções mais condizente com o processo desinstitucionalização, subjetivação, liberdade e cidadania dos usuários.

Condizente com esse movimento foi re-afirmado na III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001, que é preciso exigir que o Ministério da Saúde e governos estaduais e municipais incluam a saúde mental nas Normas Operacionais de

Assistência a Saúde (NOAS) como prioridade na atenção básica. Além disso, é importante que definam estratégias a partir das necessidades dos usuários de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, assegurando que os municípios tenham equipe de saúde mental na rede, serviços substitutivos de saúde mental, garantindo o sistema de referência e contra-referência, assim como promover a integração dos serviços de saúde de forma a garantir a assistência integral dos usuários de saúde mental (BRASIL, 2002).

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalhador dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais. Este apoio matricial é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos (BRASIL, 2004b).

Contudo, o que se constata é que mesmo entre as pessoas que se dispõem a procurar os serviços de referência, há queixa da grande distância e dificuldade de transporte. Ficam à mercê de sua própria sorte, já que todos dependem do sistema público de saúde (BREDA & AUGUSTO, 2001).

A ampliação do acesso e da resolutividade da atenção básica é condição *sine qua non* para reorientação e redimensionamento dos fluxos de referência para outros níveis de atenção, o que deverá resultar na diminuição de demandas inadequadas sobre os serviços de maior complexidade, liberando-os para absorver melhor as demandas para as quais de fato foram constituídos (BRASIL, 2003).

Estabelecendo um sistema geral de atenção para a saúde mental, Saraceno, Ascoli e Tognoni (1994) destacam que uma atenção psiquiátrica que esteja baseada em uma concepção psicossocial de trabalho, acaba permitindo uma maior integração e coordenação entre os três níveis fundamentais da atenção. Sendo assim, o Sistema de Atenção Psiquiátrica (nível secundário), seria o responsável pelo diagnóstico, manejo dos casos graves, acompanhamento em Hospitais Gerais, encaminhamentos dos casos que podem ser acompanhados nos níveis de menor complexidade, além de formar e supervisionar profissionais da atenção primária, buscando reduzir a utilização do manicômio como tratamento. No nível primário, estaria a detecção da demanda, diagnóstico e manejo dos casos simples e referência dos casos que não podem ser acompanhados neste nível. Por fim, na Atenção Comunitária, também se realizaria a detecção da demanda, manejo dos

casos encaminhados pela atenção primária e pelos serviços de psiquiatria, trabalho com famílias e comunidade e encaminhamento dos casos para níveis mais especializados.

Esses autores também apresentam uma proposta de instrumentos e de metodologia de trabalho que permitiria o desenvolvimento de uma epidemiologia dos problemas dos pacientes e dos serviços psiquiátricos. Entre outros elementos, colocam a adoção de instrumentos (fichas) comuns de registro de dados adaptados aos diferentes níveis de assistência, tendo como características básicas: simplicidade para sua utilização em condições de rotina; capacidade de documentar as relações entre pacientes, equipes e comunidade; possibilidade de elaboração periódica de perfis qualitativos dos problemas que se encontram através das estatísticas sobre a quantidade de atividade dos serviços e a extensão da população com transtornos psiquiátricos.

Pereira e Andrade (2000) descrevem o fluxo de atendimento da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município de Sobral-CE. Durante a semana, a demanda em saúde mental tem como porta de entrada o PSF, onde se faz o acolhimento do usuário e é realizado seu encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Aqui ele é avaliado podendo dar seguimento no próprio serviço e retornar ao PSF, ou ainda ser encaminhado ao Hospital Geral, podendo ocorrer a internação. Após a alta, também volta ao sistema de seguimento no CAPS e retorna ao PSF.

Da mesma forma, Poço e Amaral (2006) descrevem o atual Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora - MG. Aqui, ocorreu a transferência para a UBS da tarefa de captar e filtrar os usuários do sistema, condicionando a possibilidade de um tratamento especializado à existência de um diagnóstico da doença. Constataram entre os aspectos positivos, a organização do sistema e a racionalização dos recursos existentes, permitindo o controle do fluxo de usuários entre os serviços com o mecanismo de referência e contra-referência. Esse mecanismo proporcionou uma sensível melhora na quantidade e qualidade de informações sobre os usuários da saúde mental. Entretanto, destacam que até a presente data não foi possível constatar mudanças significativas nos níveis de hospitalização psiquiátrica, bem como a maior parte da população identificada pela UBS como necessitada de cuidados em saúde mental não se manteve em acompanhamento, além das elevadas taxas de abandono em todos os níveis do sistema.

Ao se criar um sistema de referência e contra-referência que funcione, é necessário muito mais do que o estabelecimento de um fluxo e contra-fluxo de usuários e de informações técnico científicas. Esse sistema deverá, sobretudo, difundir conhecimentos

necessários para a melhoria da qualidade do atendimento do sistema de saúde local no qual está situado. Para isso, deverá superar as contradições presentes na relação entre serviços e profissionais, o que acaba por limitar o alcance efetivo das reformas do sistema, ou de qualquer outra proposta que se destine a mudar antigas práticas sanitárias no interior das instituições de saúde (PINHEIRO, 2001).

Em seus estudos Hartz e Contandriopoulos (2004) observaram que o quase desconhecimento dessas tecnologias de micro-gestão de utilização de procedimentos, perfilização clínica, gestão da patologia, de casos, lista de espera e procedimentos expectantes, revisão do usuário, protocolos clínicos e sistema integrado de informação estaria dificultando a implantação nacional dos sistemas de referência e contra-referência de usuários do SUS, apesar de freqüentemente enunciados.

Da mesma forma, Conill (2002) relata que os problemas no acesso, decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos e as dificuldades na referência, determinam uma situação como das mais relevantes. A barreira de acesso pode vir a dificultar as vantagens obtidas nos demais itens da integralidade, impedindo a realização do menos complexo por falta de tempo (prevenção, visitas), com isso, havendo problemas de referência para especialidades, o mais complexo torna-se difícil e a qualidade prejudicada.

Recorrendo mais uma vez a Saraceno (2001), percebemos que é verdadeiro que “o melhoramento” das estruturas manicomiais tem constituído o álibi, e continua a existir em muitos países, para impedir a superação do manicômio e lhe reconfirmar sua hegemonia. Por outro lado, é também verdadeiro que a proliferação dos serviços psiquiátricos nos hospitais gerais e a territorialização dos ambulatorios psiquiátricos têm levado a abandonar as transformações e a superação necessária do modelo manicomial.

Estudos também mostram que é comum que ainda hoje a internação responda menos a critérios técnicos do que as privações sociais e familiares, já que em muitos casos não seja mais identificada doença mental que justifique a internação, mas sim, uma condição social que inviabilize o acolhimento dos pacientes na vida extramanicomial, tal como a ausência de programas sociais, trabalhos protegidos ou mesmo vínculo com familiares (MACHADO, MANÇO, SANTOS, 2005).

O que se pretende e se espera no futuro, é que os usuários poderão explorar sua origem e contextos culturais e irão exigir serviços que sejam sensíveis a suas necessidades e heranças culturais. No campo sempre mutante da saúde mental, os usuários irão expressar suas vozes coletivas para que seus serviços e programas continuem a ser

financiados, bem como, demonstrar seu descontentamento e reivindicar até que programas e serviços efetivamente amigos do usuário sejam criados. Será necessário financiar pesquisas dos usuários, como também bibliotecas e museus especiais para acolher de forma adequada os seus escritos e sua arte que irão conter documentos evidenciando o abuso cometido no passado e as injustiças sofridas pelos usuários, de forma que essas práticas desumanas jamais serão repetidas (WEINGARTEN, 2001).

Considerando a metodologia empregada na análise dos dados, serão apresentadas abaixo algumas problematizações, assim como as que já foram destacadas, que ajudaram a nortear esta pesquisa e das quais se espera que tenham sido mais bem elucidadas na apresentação dos resultados: Será que a falta de interlocução entre os diferentes dispositivos de atenção à saúde mental, bem como a adequação de instrumentos compatíveis com uma organização em rede, comprometem o atendimento integral às pessoas em sofrimento psíquico? Será que é possível ordenar a organização em rede de saúde mental a partir da atenção primária?

II-OBJETIVOS

Objetivo geral

- Investigar a relação estabelecida por meio do sistema de referência e contra-referência entre equipes da Estratégia de Saúde da Família, da equipe mínima de referência em saúde mental e dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental no município de Botucatu-SP.

Objetivos específicos

- Caracterizar a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental no município de Botucatu-SP;
- Verificar como está se dando a relação das equipes da Saúde da Família com os serviços e dispositivos substitutivos nos casos dos usuários já acompanhados por esses serviços;
- Verificar como os novos casos de saúde mental identificados na ESF têm sido encaminhados aos serviços e dispositivos substitutivos do município;
- Investigar como esses serviços percebem sua relação com a ESF;
- Reconhecer a relação entre equipes de referência e ESF.

III-METODOLOGIA

3.1 A Abordagem Sócio-Histórica e o método explicativo de Vigotski.

A Psicologia Sócio-Histórica (em suas origens - psicologia soviética) representa desde o seu início a tentativa de formular uma nova concepção sobre a natureza do psiquismo, tendo como característica central as relações que estabelece com a filosofia. Nesse sentido, deve ser vista enquanto uma ciência, que busca numa concepção filosófica determinada – o materialismo histórico e dialético – as marcas metodológicas dentro das quais desenvolve a investigação científica.

Segundo o materialismo histórico dialético, o processo de vida social, política e econômica é condicionado pelo modo de produção de vida material. Sodré (1986) aponta que aqui, a matéria é entendida enquanto conceito mais amplo possível, se diferenciado dos conceitos usuais, pois expressa os traços essenciais e gerais de todas as coisas que existem no mundo. São as condições materiais que formam a base da sociedade, da sua construção, das suas instituições e regras, das suas idéias e valores. Nessa perspectiva a realidade (natural e social) evolui por contradição e se constitui num processo histórico. Por sua vez, Kosik (1989) estabelecendo a diferenciação entre concreticidade e pseudoconcreticidade, destaca que a dialética trata da “coisa em si”, que não pode ser apreendida na regularidade e imediatismo que se mostram naturalizados, mas sim na forma dinâmica e contraditória que se expressam na formação da sociedade humana. Por isso precisa ser compreendida enquanto um processo em constante mudança e movimento.

No método da Economia Política, Marx (1982) aponta que as determinações abstratas conduzem ao concreto por meio do pensamento. Dessa forma, o concreto é a síntese de múltiplas determinações, ou seja, unidade do diverso. Assim: “o método que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto é senão a maneira de proceder do pensamento para se apropriar do concreto, para reproduzi-lo como concreto pensado” (p.14).

Do australopitecos ao homo-sapiens, o homem definitivamente, se distancia dos animais, quando inicia a produção dos seus meios de existência, pelo uso da consciência, da intencionalidade e de todas as propriedades biológicas necessárias ao seu desenvolvimento sócio-histórico ilimitado. Desta diferenciação dos animais, o trabalho apresenta-se como ponto de partida desta natureza ontológica, formando através das ações dos homens, o gênero humano (LEONTIEV, 1978a).

Nessa visão, somos mais ricos quanto mais possibilidades de apreensão do gênero humano conseguimos. Assim, a natureza humana ou histórico-social, parte de sua dimensão intrínseca (biológica) de hominização, para o processo de humanização pelas condições sociais historicamente construídas, o que depende das apropriações e das mediações para o desenvolvimento desta condição social humana.

Assim sendo, a consciência pode ser compreendida enquanto uma manifestação superior do psiquismo, que surge por consequência da transformação evolutiva, da complexificação e hominização do cérebro humano. Nesse processo, desempenham papel decisivo o trabalho e o desenvolvimento da linguagem (LEONTIEV, 1978b).

Com o trabalho, mudaram-se as propriedades anatomofisiológicas do homem, bem como se formou a sociedade humana. Pela atividade e a linguagem vamos complexificando nossas ações e desenvolvendo nossa consciência. Assim como pelo desenvolvimento e evolução de uma linguagem expressiva /gestual /emotiva para a linguagem oral e escrita.

Por sua vez, o desenvolvimento da linguagem, que também aparece como decorrência do trabalho social, revela-se enquanto condição direta e mais próxima para o desenvolvimento da consciência. Representando em sua mente, os fenômenos, o homem passa a dominá-los com palavras de sua linguagem, e, como resultado se formam os conceitos e os pensamentos construídos sob esses fenômenos. A consciência vem, desta forma, representar o conhecimento sobre o reflexo da realidade, tal como estruturado para um sujeito dado. A realidade, porém, é refletida não só pelo homem isoladamente, mas pelos homens, dando origem ao que chamamos de consciência individual e consciência social. (LEONTIEV, 1978b).

De acordo com essa abordagem, “as modificações biológicas hereditárias não determinam o processo sócio-histórico do homem e da humanidade” (LEONTIEV, 1978b, p.264). Ou seja, o aparato e as funções biológicas dão condições para o desenvolvimento humano, mas por si só não garantem a apropriação da cultura e o desenvolvimento das funções psíquicas superiores (funções tipicamente humanas como, a linguagem, o pensamento, a atenção voluntária e memória lógica). Nessa perspectiva, o autor explica que:

O homem não nasce dotado das aquisições históricas da humanidade.
Resultando estas do desenvolvimento das gerações humanas, não são

incorporadas nele, nem nas suas disposições naturais, mas no mundo que o rodeia, nas grandes obras da cultura humana. Só apropriando-se delas no decurso da sua vida ele adquire propriedades e faculdades verdadeiramente humanas (p.282-3).

No entanto, essa apreensão do mundo externo não acontece passivamente como mero reflexo do meio. A constituição do fenômeno psicológico se faz numa relação dialética com o mundo social, isto é, ao mesmo tempo em que a natureza age sobre o homem, este, por sua vez, age sobre a natureza, criando novas condições naturais para sua existência (VIGOTSKI, 2003).

Diferente dos processos psicológicos naturais, que se situam nos limites da dimensão biológica do sistema nervoso e são determinadas diretamente pela estimulação ambiental, os processos psicológicos mediados ou funções psíquicas superiores surgem como conseqüências específicas do desenvolvimento social, caracterizando-se pela incorporação de estímulos artificiais chamados signos.

Vigotski (2003) propõe como método de análise psicológica a utilização de unidades de análise. Diferentemente do método de decomposição em elementos, este método pretende conservar nas unidades a propriedade da totalidade. Esta análise pode ser qualificada como análise que decompõe em unidades a totalidade complexa. “Subentendemos por unidade um produto da análise que diferente dos elementos, possui todas as propriedades que são inerentes ao todo e, concomitantemente, são partes vivas e indecomponíveis dessa unidade” (p.8).

O método de análise, que desmembra em unidades, deve encontrar essas propriedades que não se decompõem, conservam-se e são inerentes a uma dada totalidade enquanto unidade, e descobrir aquelas unidades em que essas propriedades estão representadas num aspecto contrário para, através dessa análise, tentar resolver as questões que se apresentarem.

Nesse sentido, Vigotski (2001), destaca que a palavra nunca se refere a um objeto isolado, mas a todo um grupo ou classe de objetos:

Por essa razão, cada palavra é uma generalização latente, toda palavra já generaliza e, em termos psicológicos, é antes de tudo uma generalização [...] Um ato verbal do pensamento, ato esse que reflete a realidade de modo inteiramente diverso daquele como esta é refletida nas sensações e percepções imediatas (p 9).

Essa unidade deve ser encontrada no aspecto interno da palavra: no seu significado, porque é justamente no significado que está o nó daquilo que chamamos de pensamento verbalizado. Por isso, Vigotski (2001) coloca que, o método de investigação do problema não pode ser outro senão o método da análise semântica, da análise do sentido da linguagem, do significado da palavra, enquanto unidade do pensamento verbalizado.

Quando um homem desenvolve uma atividade, ele não se apropria automaticamente de seus conteúdos. Existe um significado externo que quando é internalizado transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo. E assim, o significado externo adquire um sentido pessoal para o indivíduo. Em outras palavras: os conteúdos externos presentes na realidade objetiva têm significados construídos socialmente por outras gerações, outros homens; através da atividade e de outras relações sociais que estabelece com o meio, o indivíduo internaliza esses conteúdos e significados a partir de sua própria experiência e história de apropriações, ou seja, sua subjetividade; o conteúdo que tinha um significado externo passa por uma mediação psíquica e adquire um sentido pessoal, único para cada pessoa.

Além da significação e do sentido pessoal, compõem a consciência o conteúdo sensível. Esse último caracteriza-se pelas sensações, imagens e representações que criam a base e as condições de toda consciência. Em outras palavras, é aquilo que se apresenta a consciência, é o seu “tecido material”. No entanto, esse conteúdo é imediato, não exprime em si toda a especificidade da consciência (LEONTIEV, 1978b).

Com isso faz-se necessário compreendermos que a conduta humana se distingue precisamente pelo fato de que o homem que cria os estímulos artificiais de sinais e, antes de tudo, o grandioso sistema de sinais da linguagem. O que diferencia em primeiro lugar o homem dos animais do ponto de vista psicológico é a significação, a criação e o emprego dos signos, dos sinais artificiais: “Todo estímulo condicional criado pelo homem artificialmente e que se utiliza como meio para dominar a conduta própria ou alheia – é

um signo [...] Dois momentos, portanto, são essenciais para o conceito de signo: sua origem e função” (VIGOTSKI, 1995, p.83).

Encontramos no significado da palavra essa unidade que reflete da forma mais simples a unidade do pensamento e da linguagem. Dessa forma, o significado é um traço constitutivo indispensável da palavra, e temos todo o fundamento para considerá-la como um fenômeno do discurso:

Ao operar com o significado da palavra como unidade do pensamento discursivo, nós efetivamente descobrimos a possibilidade real de estudo concreto do desenvolvimento discursivo e da explicação das suas mais importantes peculiaridades nos diferentes estágios (VIGOTSKI, 2001, p.399).

A linguagem interior opera preferencialmente com a semântica e não com a fonética da fala. Aqui ocorre o predomínio do sentido da palavra sobre o seu significado. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida e complexa que tem várias zonas de estabilidade (VIGOTSKI, 2001). O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. “O significado ao contrário é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes conceitos” (p.465).

Aguiar e Ozella (2006) afirmam que os significados referem-se aos conteúdos instituídos, mais fixos, compartilhados, que são apropriados e configurados pelos indivíduos a partir de suas próprias subjetividades. O pensamento, portanto, é transformado para ser expresso em palavras cuja transição passa pelo significado e pelo sentido, podendo afirmar que a compreensão da relação pensamento/ linguagem passa pela necessária compreensão das categorias significado e sentido.

Com isso, Vigotski (2001) formula que o pensamento não é só externamente mediado por signos como internamente mediado por significados. Acontece que a comunicação entre consciências só pode ser atingida por via indireta, por via mediata. Essa via é uma mediação interna do pensamento primeiro pelos significados e depois pelas palavras. Por isso, o pensamento nunca é igual ao significado direto das palavras. “O

significado medeia o pensamento em sua caminhada rumo à expressão verbal, isto é, a caminho entre o pensamento e a palavra é um caminho indireto, inteiramente mediatizado” (p. 479).

Diz ainda que o próprio pensamento não nasce de outro pensamento, mas do campo de nossa consciência que o motiva, que abrange as nossas necessidades, nossos interesses e motivações, os nossos afetos e emoções: “Por trás do pensamento existe uma tendência afetiva e volitiva [...] A compreensão efetiva e plena do pensamento alheio só se torna possível quando descobrimos a sua eficaz causa profunda afetivo-volitiva” (p.479-80).

Nesse sentido, Aguiar (2001) coloca que a construção da fala se dá na relação com a história e a cultura, correspondendo a como um indivíduo é capaz de expressar a sua subjetividade num dado momento específico. Desse modo:

...cabe ao pesquisador o esforço analítico de ultrapassar essa aparência (formas de significação) e ir em busca das determinações (históricas e sociais), que se configuram no plano do sujeito como motivações, necessidades, interesses (que são portanto, individuais e históricos), para chegar ao sentido atribuído/ construído pelo sujeito (p.131).

Ainda segundo o método explicativo de Vigotski, são postulados três princípios que formam a base da abordagem sócio-histórica na análise das funções psicológicas superiores.

a) Análise de processos e não de objetos

Ao contrário da análise psicológica de objetos, a análise de processos exige uma exposição dinâmica dos principais pontos constituintes da história dos processos. Nesse sentido, a tarefa básica da pesquisa é a reconstrução de cada estágio no desenvolvimento do processo, levando-o a retornar aos seus estágios iniciais. Nesse sentido, a análise do processo deve se contrapor à análise do objeto, o qual, de fato, se reduz ao desdobramento dinâmico dos momentos importantes que constituem a tendência histórica de dado processo (VIGOTSKI, 1995).

A tarefa de análise, uma “investigação pensante”, não deve se restringir à descrição da aparência do fenômeno psicológico, aos seus traços e manifestações externos, atentando, porém, para que no momento explicativo se incorpore a investigação de relações e nexos dinâmico-causais em sua origem real.

b) Explicação versus Descrição

Com base na distinção proposta por Kurt Lewin, entre análise fenomenológica e análise genotípica, Vigotski aplica à psicologia a distinção entre o ponto de vista fenotípico (descritivo) e genotípico (explicativo). Destaca que processos fenotipicamente semelhantes podem ser radicalmente diferentes em seus aspectos dinâmico-causais: “A mera descrição não revela as relações dinâmico-causais reais subjacentes ao fenômeno [...] O tipo de análise objetiva que defendemos procura mostrar a essência dos fenômenos psicológicos, ao invés de suas características perceptíveis” (VIGOTSKI, 2003, p.72-3).

c) O problema do comportamento fossilizado

Processos automatizados são processos de origem remota que passaram por estágios longos do desenvolvimento e agora se apresentam de forma mecanizada. Eles perderam sua aparência original e sua aparência externa nada nos diz sobre sua natureza interna. Conseqüentemente, é preciso concentrar-se não no produto do desenvolvimento, mas no processo de constituição do produto: “Em resumo, precisamos compreender sua origem. Conseqüentemente, concentram-nos não no produto do desenvolvimento, mas no próprio processo de estabelecimento das formas superiores. Este é o objetivo da análise dinâmica” (VIGOTSKI, 2003, p.73-4).

Para o método dialético é fundamental a apreensão da totalidade do fenômeno, através destes três princípios básicos (VIGOTSKI, 1995, 2003). Ou seja, a análise do fenômeno psicológico na abordagem sócio-histórica caracteriza-se pela compreensão do processo histórico que constituiu e constitui o fenômeno em estudo (historicidade); a busca da sua essência, a fim de conhecer a sua gênese e suas relações dinâmico-causais; a captação do movimento, as contradições e a transformação do objeto de estudo. Todos esses aspectos têm como finalidade a compreensão do fenômeno psicológico em sua totalidade.

Com base em estudos anteriores (Lane, 1996; Aguiar, 2001; Aguiar e Ozella, 2006; Vecchia, 2006; Vecchia e Martins, 2006), e tendo a palavra com significado como unidade de análise, têm-se a base para criação dos “núcleos de significação do discurso”. Com isso, já se torna possível a busca de temas e questões centrais relatadas pelo sujeito, entendidas mais enquanto aquelas que geram motivação, emoção e envolvimento do que por sua frequência no relato.

Para construção de cada núcleo de significação foi necessária uma série de sistematizações dos dados coletados com cada um dos vinte e cinco entrevistados da presente pesquisa. Cada entrevista foi organizada a partir de algumas normas de validade, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência frente aos objetivos do trabalho (MINAYO, 2004) que serviram de ponto de partida para confrontação com os outros relatos.

Destacando a análise através dos núcleos de significação, Aguiar e Ozella (2006) realizam alguns apontamentos sobre os procedimentos e instrumentos recomendados para uma investigação dentro da abordagem sócio-histórica. Dessa forma, parte-se da leitura flutuante e organização do material, o que permite organizar os chamados pré-indicadores que irão compor um quadro amplo de possibilidades para a construção dos núcleos. Uma segunda leitura irá permitir um processo de aglutinação dos pré-indicadores, seja pela similaridade, complementaridade ou pela contraposição. Assim, se faz possível a construção e análise dos núcleos de significação que, “devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente, que revelem as suas determinações constitutivas” (p.8).

Segundo Aguiar (2001), o passo seguinte à criação dos núcleos é a sua análise propriamente dita. Para isso, devem ser apreendidas as determinações que constituíram tais formas de significar, suas motivações e necessidades, para com isso, poder compreender a produção dos sentidos presentes nesses discursos, buscando suas determinações, contradições e relações. No entanto, somente as explicações na história do indivíduo (intradiscurso) não podem levar às determinações constitutivas dos sentidos, ou seja, sua produção, a forma com que o sujeito configurou subjetivamente a realidade social:

Assim, as falas/ conteúdos/ emoções do sujeito, organizadas em núcleos, precisam ser articuladas com o processo histórico que a constituiu, enfim, com a base material sócio-histórica constitutiva da subjetividade, para aí sim explicar como o sujeito transforma o social em psicológico e assim constituiu seus sentidos (p.137).

Aguiar e Ozella (2006) referem, ainda, que a análise se inicia por um processo intranúcleo e deve ser orientada em direção a uma articulação internúcleos, explicitando semelhanças e/ ou contradições que irão novamente revelar o movimento do sujeito. Estas contradições nem sempre estão manifestas devendo ser apreendidas a partir da análise do pesquisador. Da mesma forma, o processo interpretativo deve abarcar o contexto social, político, econômico e histórico que permitam a compreensão do sujeito em sua totalidade:

... nesse movimento de articulação dos núcleos entre si, e com as condições sociais, históricas, ideológicas, condição de classe, gênero, e, sem dúvida, com os conhecimentos cientificamente produzidos sobre a área em questão, uma nova realidade surge, mais complexa, integrada, reveladora das contradições, movimento esse fundamental para apreensão da constituição dos sentidos (p.18).

Com isso, propomos através do estabelecimento de núcleos de significação e do reconhecimento da pluralidade de sentidos presentes nesses núcleos, a compreensão da relação das equipes da Estratégia de Saúde da Família com as equipes mínimas de referência em saúde mental e com os serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental no município de Botucatu-SP, a ser apresentada na descrição e análise dos dados.

3.2 Desenvolvimento da Pesquisa

3.2.1 A elaboração do banco de dados

Como integrante de um projeto maior intitulado “Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa Saúde da Família”, o presente projeto parte de entrevistas iniciais semi-estruturadas realizadas com membros de duas equipes de Saúde da Família, em que uma das principais questões levantadas foi a

dificuldade em se estabelecer um adequado fluxo de encaminhamentos dos casos para outros níveis de atenção.

Além disso, por atuar diretamente com problemáticas relacionadas à Saúde Mental em um dispositivo substitutivo no município, no qual tenho tido a oportunidade de participar como representante no Colegiado de Saúde Mental e por estar inserido em um grupo que discute a saúde mental na ESF, fomos definindo o objeto, bem como a população a ser investigada para o fornecimento das informações que foram julgadas necessárias para compreensão do fenômeno visado.

Dessa forma, foram selecionados para a realização das entrevistas todos os coordenadores das equipes da ESF existentes até o momento da coleta dos dados (enfermeiros), num total de oito profissionais de equipes diferentes. Também foram entrevistados todos os coordenadores dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental do município, são eles: Ambulatório Regional de Especialidades – ARE; Ambulatório de Psiquiatria da UNESP- Bloco 1; Associação de usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental de Botucatu – “Associação Arte e Convívio”; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II “Espaço Vivo”; Centro de Saúde Escola; Hospital-Dia de Psiquiatria da FMB - e Oficina Terapêutica– “Estação Girassol”. Posteriormente, quando já havia iniciado o trabalho de coleta dos dados, sentimos a necessidade de incluir também a figura dos médicos das equipes no universo pesquisado, do coordenador do Setor de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da UNESP-Botucatu, bem como de um membro da equipe mínima de referência em saúde mental do município. Portanto, totalizaram 25 profissionais entrevistados.

Escolhemos entrevistar médicos e enfermeiras da ESF em virtude do desempenho de seus papéis dentro das equipes estar mais diretamente ligado com o que nos propusemos averiguar no presente estudo. Além disso, avaliamos que seria mais condizente com os fins da pesquisa obter informações junto a todos coordenadores dos equipamentos diretamente envolvidos no sistema de referência e contra-referência em saúde mental. Entretanto, sabemos da importância de outros atores envolvidos nesse processo que não foram alvo de nossa investigação, mas que de uma forma ou de outra são citados nos relatos e na análise dos resultados.

Após reunião com a coordenadora da ESF, na qual obtivemos a autorização para realização da pesquisa a ser desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família no município de Botucatu, comparecemos a uma reunião geral entre as equipes a convite da coordenadora do programa, onde pudemos expor o objetivo do trabalho e de suas responsabilidades éticas, assim como a necessidade da colaboração dos mesmos para o agendamento das entrevistas. Da mesma forma, compareci a todos os serviços e dispositivos substitutivos para explicitarmos o caráter da pesquisa e para obter o consentimento necessário para incluí-los enquanto integrantes do projeto.

Com isso, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, UNESP/Botucatu, adotando os procedimentos pertinentes previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. No contexto da presente pesquisa, foi destacado junto à população investigada os seguintes princípios éticos: 1) o esclarecimento sobre a metodologia no início e durante o processo de coleta dos dados; 2) a liberdade do sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento (por intermédio da formalização do Termo de Consentimento) e 3) garantia de sigilo e confidencialidade dos dados obtidos nas entrevistas (BRASIL, 1996).

Conforme a disponibilidade do pesquisador e dos participantes foram agendadas as entrevistas individualmente nas próprias Unidades de Saúde da Família e nos serviços e dispositivos substitutivos. A coleta dos dados ocorreu no período de agosto de 2005 e agosto de 2006, em diferentes dias e horários. Considerando a característica dos serviços, muitas entrevistas foram canceladas e remarcadas após alguma situação imprevista.

Inicialmente, o pesquisador entregava o Termo de Consentimento (anexos 1e 2) para que o coordenador pudesse ler e preencher os dados assim que desse o seu consentimento. Foi enfatizada a necessidade de gravação da entrevista em fita k7 para posterior organização e análise dos dados, como também foi estabelecido o compromisso com os participantes do acesso ao trabalho final, caso tivessem interesse.

Foram elaborados roteiros de entrevista semi-estruturada, entendendo-se que dessa forma é possível compreender melhor o ponto de vista do entrevistado e de apenas nortear a conversa sem restringir a comunicação. Conforme a característica distinta dos serviços pesquisados, foram criados três roteiros balizadores contendo questões que buscavam

coletar dados referentes à organização da rede em saúde mental do município, sendo que um para os coordenadores das equipes de Saúde da Família (anexo 3), um para os coordenadores dos serviços e dispositivos substitutivos (anexo 4) e um para o membro da Equipe de Saúde Mental (anexo 5).

Nessas entrevistas, os coordenadores também eram indagados a responder sobre a estrutura de atenção existente em seu local de trabalho, como: profissionais que atuam no serviço; atividades desenvolvidas; população atendida, que deram subsídios para a caracterização da rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental do município. A transcrição das informações de um cartaz descritivo da rede de saúde mental do município, distribuído em 2004 pela Prefeitura Municipal de Botucatu à rede de saúde da cidade, também forneceram dados mais gerais, que contribuíram para a caracterização desta rede de uma forma mais completa e atual (anexo 6).

IV-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo será apresentado inicialmente um breve panorama sobre a saúde no município de Botucatu, a caracterização dos participantes da pesquisa e, em seguida, a análise dos dados com base nos pressupostos da abordagem sócio-histórica. Privilegiou-se a exposição conjunta da descrição e discussão dos resultados, a fim de se obter uma melhor compreensão da análise de significação e de sentidos no método explicativo de Vigotski.

4.1 A saúde no município de Botucatu

A cidade de Botucatu, que em tupi significa “bons ares”, foi elevada a categoria de cidade em 1876, ocupando hoje uma área de 1.486,4 Km. Localizada a 224, 8 Km da capital, faz ligação com as rodovias Marechal Rondon e Castelo Branco e, em 2006, segundo estimavas do IBEG a cidade atingiu o número populacional de 120 mil habitantes. Além de possuir um índice de Desenvolvimento Humano (IDH) superior a média estadual, Botucatu conta com bons índices de qualidade de vida que também se mostra nos seus recursos na área da saúde.

A rede básica de saúde é constituída por 13 Unidades, denominadas Unidades Municipais de Saúde – U.M.S.- das quais duas estão localizadas na área rural e duas são gerenciadas pela Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Quanto à ESF, estavam em funcionamento no momento da pesquisa 08 equipes, sendo que 02 equipes estavam em atual expansão, além de mais duas equipes que seriam concluídas no final de 2006, totalizando 12 equipes destinadas à assistência de populações residentes em regiões com dificuldade de acesso a rede municipal de saúde. Trata-se de bairros não assistidos por outras UBS em virtude de se constituírem em áreas de expansão urbana e áreas rurais (BOTUCATU, 2006).

Já entre os serviços que compõem o nível secundário, estão: Hospital Cantídeo Moura Campos; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) vinculado ao Hospital Cantídeo Moura Campos (HCMC); CAPSad- álcool e drogas- vinculados ao HCMC e Faculdade de Medicina de Botucatu; Oficina Terapêutica “Estação Girassol” vinculada ao HCMC; Residências Terapêuticas e Lares Abrigados também vinculados ao HCMC; Hospital da Associação Beneficência do Hospital Sorocabana (ABHS) conveniado ao SUS e Hospital Misericórdia de Botucatu, em atual fase de cadastramento e retorno de prestação de

serviços ao SUS. Quanto ao nível terciário de atenção à saúde, está o Hospital das Clínicas da FMB –UNESP, com 455 leitos, Ambulatórios e diversos serviços de diagnóstico e terapia. É a Unidade de referência para a assistência de alta especialidade de uma vasta região do estado de São Paulo, incluindo Botucatu.

Entre as propostas para consolidação do SUS em Botucatu, tiradas da última Conferência Municipal de Saúde realizada em 2004, estavam o esforço de reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde no sentido de preparação para habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM), tida como fundamental para reverter o modelo técnico-gerencial e planejamento das ações de saúde no município, nas quais estão: reverter a atenção centralizada no Hospital e no atendimento individual, atuação de forma integrada e quebra da impessoalidade dos serviços de saúde.

Entre as prioridades constatadas no Plano Municipal de Saúde (BOTUCATU, 2006) que dizem respeito a presente pesquisa, estão: a estruturação da saúde mental em Botucatu de acordo com as políticas que buscam a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, a humanização do atendimento e a defesa de modelos assistenciais substitutivos baseados no Hospício. Além disso, consta a reestruturação do esquema de agendamento para os serviços de referência e viabilização da contra-referência junto aos órgãos competentes e/ ou serviços próprios especializados.

4.2 Caracterização dos participantes da pesquisa

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa

Identificação	Sexo	Faixa etária	Cursos/ Especializações em Saúde Mental
*Enf.	F (100%)	<27 anos 45anos>	-Prescritores de Psicotrópicos e pequenos cursos (62,5%) -Nenhuma formação específica (37,5%)
*Méd.	F (50%) M (50%)	< 30 anos 50anos>	- Cursos e/ou especializações (50%) -Nenhuma formação complementar além da residência (50%)
*Coord.	F(87,5%) M (12,5%)	< 31 anos 53 anos >	- cursos de curta duração (50%) -Formação mais especializada (50%)
*Eq. Sm.	M	34 anos>	- Curso oferecido pela DIR XI

* Enf 1 à Enf 8: Enfermeiros (as) coordenadores do PSF; Méd 1 à Méd 8: Médicos (as) do PSF; Coord 1 à Coord 8: Coordenadores (as) dos serviços ; Eq Sm: membro das equipes mínimas de referência em saúde mental do município.

Podemos constatar, quanto aos coordenadores dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental, que 3 dos 5 profissionais, ou 37,5%, são formados por médicos psiquiatras, e que os outros 62,5% são formados por outros profissionais não médicos da área da saúde (2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais e 1 psicólogo). Quanto à equipe mínima de saúde mental, na maior parte do tempo em que foram realizadas as entrevistas, era composta por um psicólogo e uma assistente social e, só posteriormente, foi incorporada na assistência uma nova equipe, também composta pelos mesmos profissionais. Esses dados também revelam a conquista de espaços e a valorização do trabalho multidisciplinar em serviços de saúde mental, haja vista a inserção de outros profissionais não médicos nos diversos equipamentos de saúde mental.

Outro dado investigado foi se esses profissionais possuíam qualificação ou especializações em saúde mental. Das enfermeiras, 62,5% relataram ter realizado o Curso de Prescritores de Psicotrópicos oferecido pela DIR XI³, além de outros cursos de curta duração, assim como o membro da Equipe de Saúde Mental. Já 37,5% além de não possuírem nenhuma formação específica em saúde mental, relataram também possuir pouca experiência de atuação em Saúde da Família. Entre os médicos, 50% declaram possuir cursos e/ou especializações em saúde mental, e 50% referiram não ter nenhuma formação complementar além da oferecida na própria formação, a exemplo das residências. Já no caso dos coordenadores dos serviços, 50% referiram ter cursos de curta duração em saúde mental, embora atuem diretamente nessa área, e o restante, qualificações mais especializadas, como: aprimoramento, mestrado, doutorado, entre outros.

Verificou-se também, junto aos coordenadores das equipes de Saúde da Família, quais eram as demandas mais frequentes relacionadas ao sofrimento psíquico em suas áreas de abrangência e, de forma unânime, todos apontaram o alcoolismo e drogadição em homens e quadros de ansiedade e depressão em mulheres como as problemáticas mais prevalentes enfrentadas pelas equipes na atenção básica. Muitos pontuaram, também, a

³ Em 2007, a DIR XI foi dissolvida e re-articulada junto a outras diretorias em Bauru, denominada agora de Diretoria Regional de Saúde - VI (DRS VI).

ligação entre esses dois quadros, dado a observação de que muitas das queixas dessas mulheres estavam relacionadas com a dependência de substâncias de seu companheiro. De forma geral, referiram estar conseguindo acolher na própria ESF esses casos, exceto em situações mais agudas e de outros quadros mais isolados que demandavam uma atenção mais especializada.

A seguir, com base na organização dos dados analisados, foram identificados núcleos de significação comuns no discurso dos profissionais pesquisados, bem como a exploração dos diversos sentidos existentes na singularidade dos relatos. As possíveis diferenças, semelhanças e contradições observadas no cruzamento dos dados entre as diferentes funções e categorias profissionais serão explicitadas e discutidas quando se mostrarem pertinentes.

A própria construção dos núcleos e o nome dado a cada núcleo já constituíram um movimento de análise, uma vez que esses agregam e expressam questões intimamente relacionadas e relevantes para a compreensão dos aspectos pesquisados, portanto, organizadores das falas expressas pelos sujeitos. (AGUIAR, 2001)

De modo geral, foram definidos oito núcleos de significação, bem como foram explicitadas a pluralidade de sentidos presentes nos relatos dos entrevistados, que estão apresentados de forma mais sistemática no quadro abaixo:

Quadro 2: Núcleos de significação e de sentidos

	<i>SIGNIFICADOS</i>	<i>SENTIDOS</i>
1-	<i>Os agentes comunitários de saúde e os familiares como interlocutores do sofrimento psíquico</i>	<i>Os ACS por si só garantiram as informações necessárias na época do cadastramento familiar;</i> <i>Trabalho importante, mas que possuiu falhas, dada a ausência de instrumentos específicos de coleta e informações referidas por outras pessoas;</i> <i>Constatação de que os familiares das pessoas com sofrimento psíquico também adoecem;</i>

		<i>Aproximação inicial averiguada nas consultas;</i> <i>ACS como principal elo na ausência de retaguarda especializada.</i>
2-	<i>A relação pontual com os serviços e dispositivos substitutivos, restrita ao acompanhamento medicamentoso e em altas psiquiabras hospitalares</i>	<i>Insuficiência da articulação enquanto fator de descontentamento;</i> <i>Controle rigoroso da equipe da ESF restrito ao acompanhamento medicamentoso;</i> <i>Embora ainda não se constitua como, a ESF é vislumbrada como local favorável ao desenvolvimento de ações em saúde mental;</i> <i>Articulação entre ESF x Serviços já é uma realidade apesar de não se manter o tempo todo;</i>
3-	<i>A equipe mínima de referência em saúde mental como mediadora na organização do fluxo de encaminhamentos</i>	<i>Apesar de já desenvolver um importante papel existe a necessidade de maior número de profissionais na equipe e de mais equipes de apoio;</i> <i>Equipe mínima de saúde mental enquanto possibilidade de atuação que ainda não se concretizou;</i> <i>Equipe fundamental na agilização dos encaminhamentos, instrumentalização dos profissionais e desenvolvimento de ações na própria Unidade.</i>
4-	<i>A ESF como espaço de escuta e acolhimento ao sofrimento psíquico que poderia intensificar as suas ações com uma maior retaguarda institucional</i>	<i>Necessidade e desejo de desenvolver ações em saúde mental, dificultadas por falhas na formação, capacitação e apoio governamental;</i> <i>ESF já representa avanços para o SUS, como a atenção para a não</i>

		<i>medicalização excessiva;</i> <i>Reconhecimento do potencial e possibilidades da ESF e desconhecimento das ações e recursos já existentes.</i>
5-	<i>A ausência de rede social no apoio a ESF</i>	<i>Desconhecimento de qualquer forma de organização civil no bairro, embora pontue a necessidade de redes paralelas;</i> <i>Reconhecimento de redes sociais no bairro sem, no entanto, conseguir estabelecer uma relação interativa;</i> <i>Dificuldades em estabelecer uma relação maior como: acesso, trabalhos inconstantes e dirigidos por voluntários, ausência de supervisão e precariedade de instalações;</i> <i>As possibilidades de aproximação já foram realizadas, porém a população é acomodada para uma articulação maior.</i>
6-	<i>A importância de políticas públicas na organização de uma rede em saúde mental</i>	<i>Apesar dos avanços obtidos o papel da ESF não pode ser supradimensionado pelos governantes;</i> <i>As dificuldades repousam na ausência de atenção municipal nos níveis secundário e terciário;</i> <i>Falta de investimentos e apoio para realização de capacitação e desenvolvimento de ações em saúde mental na própria Unidade.</i>
7-	<i>A fragilidade e precariedade da articulação interinstitucional ESF – rede extra-hospitalar em saúde mental</i>	<i>Relação satisfatória entre serviços que já possuíam contato prévio formalizado e facilitado por relações de amizade;</i> <i>Ausência de contra-referência dos serviços especializados como fator de insatisfação e gerador de sofrimento psíquico nos próprios</i>

		<i>profissionais da ESF;</i> <i>Necessidade de utilização e adequação de instrumentos específicos para a saúde mental;</i> <i>Necessidade de mais espaços de discussão, maior periodicidade de encontros e conhecimento mútuo entre os diversos equipamentos.</i>
8-	<i>A relação existente é pouco interativa e poderia melhorar</i>	<i>Desconhecimento das possibilidades de intervenção e aporte de tecnologia;</i> <i>A equipe mínima como única responsável em “driblar” a burocracia e ausência de vagas nos outros níveis;</i> <i>A relação mostra-se boa, pois os nós existentes não são colocados em evidência.</i>

4.3 Análise de significados e sentidos

Inicialmente foi possível estruturar o primeiro núcleo de significação como sendo - *Os Agentes Comunitários de Saúde e os familiares como interlocutores do sofrimento psíquico*, pois o trabalho de levantamento dos casos de saúde mental nas diferentes áreas de abrangência da ESF foi realizado em sua grande parte pelos ACS, através das visitas domiciliares na época do cadastramento familiar. Dessa forma, seja através da conversa com a própria pessoa com sofrimento psíquico ou pelo que era referido por um familiar na casa, o ACS colocava-se como interlocutor e agenciador das demandas dessas pessoas com os demais membros das equipes. Alguns relatos elucidam como isso foi e tem sido realizado.

Alguns profissionais, como o Méd.8 e a Enf.8, denotam um sentido de que o trabalho realizado pelos ACS por si só garantiu a aquisição das informações necessárias, sem questionar um possível subdimensionamento desses casos:

Durante o cadastramento dos nossos pacientes, então já foi englobado mais ou menos à saúde mental. Nós já ficamos sabendo previamente quais eram os casos de saúde mental...(Méd.8)

Eu acredito que os agentes, e o fato deles entrarem nas casas das pessoas, e eles identificarem muitas situações né, é o grande carro chefe do PSF é justamente isso... Ele acaba sabendo de mais coisas e trazendo isso pra equipe... Que nós não teríamos outra forma de conhecer se não fosse pela ação deles. (Enf.8)

O Méd 2 atribui a esse momento um sentido de aproximação inicial com esses casos, que foram sendo mais bem elucidados em consultas na própria Unidade:

Dentro das perguntas que o Agente fazia na época do cadastramento, perguntavam pras famílias se havia na casa pessoas com transtornos mentais, e depois que a gente tinha esse levantamento, a gente foi averiguar se fazia tratamento, em que serviço estava...

Outros profissionais como a Enf.2, demonstram que esse trabalho possui falhas, dado que a coleta dessas informações não foram destinadas exclusivamente à saúde mental, assim como já estavam inscritas sob outros olhares, como no caso dos familiares:

Ah! Tem uma pessoa que tem um doente mental em casa, mas era referido pela família, não era uma coisa que tinha diagnóstico... A família contava pro agente comunitário na época do cadastramento.

Na fala da Enf.3 constatamos uma outra preocupação, a de que os familiares das pessoas que sofrem psiquicamente também adoecem, pois são eles, muitas vezes, os responsáveis pelos primeiros cuidados:

Pela prática né, de atendimento às famílias, que muitas vezes não é o alcoolista que nos procura né, mas a família... Porque eles acabam adoecendo juntos né. Por que muitas vezes eles não querem, é o familiar que nos procura...

Já o Méd.2 atribui a esse momento um sentido de aproximação inicial com esses casos, que foram sendo mais bem elucidados em consultas na própria Unidade:

Dentro das perguntas que o agente fazia na época do cadastramento, perguntavam pras famílias se havia na casa pessoas com transtornos mentais, e depois que a gente tinha esse levantamento, a gente foi averiguar se fazia tratamento, em que serviço estava...

O membro da Eq. Sm., por sua vez, demonstra que na ausência de retaguarda no nível mais especializado, o ACS coloca-se como elo importante na transmissão de informações que vão para além de sua própria Unidade:

Quando a gente não consegue que ele faça o tratamento em algum serviço, a gente faz o acompanhamento dele na Unidade, quando é área de PSF, com o Agente Comunitário de Saúde...

Fica claro o papel do ACS como principal responsável pela detecção e informação da situação dos casos de saúde mental para as equipes na época de implantação das ESF e no dia-a-dia das Unidades. Contudo, podemos constatar que a ausência de instrumentos específicos ou mais detalhados que trouxessem indicadores mais precisos de saúde mental para o levantamento dos casos na época do cadastramento familiar, assim como a ausência de contra-referência dos serviços especializados, possibilitaram um possível sub dimensionamento desses casos.

O segundo núcleo de significação definido foi – *A relação pontual com a rede, restrita ao acompanhamento medicamentoso e em altas psiquiátricas hospitalares*. Aqui, tanto médicos(as) quanto enfermeiras, explicitaram a ausência de uma maior integração com os serviços de referência em saúde mental, que muitas vezes os impedem de desenvolver um acompanhamento mais detido dos casos, como também definir um projeto terapêutico adequado para os moradores de sua área de abrangência. Abaixo, seguem algumas falas que descrevem como foi e como tem sido estabelecida essa interlocução entre a ESF e os serviços da rede nos casos das pessoas que já vinham sendo acompanhadas por esses serviços.

Nesses relatos fica evidenciado que a ESF cumpre um papel importante nos casos de saúde mental, seja no acompanhamento clínico e medicamentoso como no acompanhamento de retorno após períodos de reclusão no hospital psiquiátrico. Constatamos aqui também, a conotação de diversos sentidos ao trabalho de integração dos equipamentos de saúde mental com as UBS. Nos relatos das Enf.1, 2 e 7, fica demonstrada a ausência ou a insuficiência dessa articulação enquanto fatores de descontentamento, dado que a contra-referência tem se resumido apenas às enviadas após a hospitalização psiquiátrica:

Porque o paciente sai do Cantídeo com um papelzinho, um saquinho em branco escrito... A medicação pra ele tomar, pedindo pra Unidade aplicar, não vem uma contra-referência, não vem um diagnóstico, nada. (Enf.1)

Nunca houve uma integração... É um relacionamento muito estanque, muito pontual, não é assim um relacionamento muito interativo onde a gente discute caso junto não, não tem isso. (Enf.2)

Quando a gente encaminha pela primeira vez, a gente manda a referência, mas a gente nunca recebeu uma contra-referência... A gente então, repete a prescrição, faz o acompanhamento clínico e de outras coisas... É o que eu já recebi aqui de contra-referência, é quando a pessoa é internada e sai com a folhinha né, do hospital. (Enf 7)

Já no discurso de Méd.5, ressalta-se o controle rigoroso da equipe no acompanhamento medicamentoso, sem, no entanto, apresentar algum aspecto desfavorável nesta relação e no cumprimento desse papel:

Então, o controle da medicação é todo feito aqui. Então o controle da receita é feito aqui, nós temos o controle rigoroso pelo caderninho de psicotrópicos.

Os coordenadores dos serviços e dispositivos substitutivos, por sua vez, mostram que essa integração no caso dos usuários que já vinham sendo acompanhados, foi incipiente, restrita aos programas com maior contato e facilitada por relações de amizade. Em seus relatos também percebemos a assunção de sentidos diversos nessa questão. Nos trechos dos Coord.1 e Coord.8 repousam o entendimento de que embora não exista de fato essa articulação, o PSF é vislumbrado como local favorável ao desenvolvimento de ações, muito embora não esteja definido como isso deva ser concretizado:

Olha, acho que é muito pouco o trabalho, que poderia surtir melhores efeitos, mas por enquanto a gente não tem uma articulação boa, não tem essa articulação, pra gente saber que morador, em que bairro mora, se tem PSF lá, o que ele poderia tá fazendo lá no seu bairro mesmo (Coord.1)

Enquanto isso é muito mais definido quanto ao papel da atenção primária, como, por exemplo, num caso de problema cardiovascular, hipertensão sem complicação... Na saúde mental você não tem isso. Quem acaba fazendo toda parte de saúde mental são os serviços secundários... (Coord.8)

O Coord.2, no entanto, denota que esta articulação com a atenção básica já é uma realidade, apesar de não se manter o tempo todo:

Em alguns casos tivemos a parceria desse trabalho... Nós temos usuários que moram aqui, que moram próximos, que recebem visitas em casa, a questão da medicação, da parte clínica dos usuários, tem sim, não o tempo todo, mas existe.

Entretanto, o Coord.5 aponta outro dado, que é a questão dos entraves existentes ao estabelecimento desta interlocução, como a aceitação do novo e rompimento com padrões de conduta cristalizados:

As coisas são feitas para que os profissionais tenham dificuldade em estabelecer interlocução com os outros serviços, receber o que é novo. A gente tem essa dificuldade, aí as coisas estão muito cristalizadas...

Compreendemos aqui que tanto os coordenadores da Saúde da Família quanto dos serviços da rede entendem a insuficiência e descontinuidade de uma articulação, que se ampliada a interlocução poderia surtir melhores resultados para ambos os lados. Tal dificuldade de interlocução entre as pontas tem corroborado muitas vezes, na incompreensão das condutas, num sub aproveitamento dos possíveis recursos da atenção básica, como também na inadequação das propostas terapêuticas aos usuários do sistema, submetendo-os à cronificação de seu sofrimento e a internações desnecessárias que poderiam ter sido evitadas.

A equipe mínima de referência em saúde mental como mediadora na organização do fluxo dos encaminhamentos, foi o terceiro núcleo de significação identificado. A carência de interlocuções mais efetivas entre os próprios profissionais dos serviços, assim como um trabalho mais ativo junto às equipes, tem colocado a equipe mínima de saúde mental como grande articuladora das demandas e necessidades levantadas pelas equipes na atenção básica com os outros níveis mais especializados.

Tanto os coordenadores das equipes do PSF quanto dos serviços especializados destacaram a equipe mínima de saúde mental como fundamental na mediação entre os níveis, porém, dando sentidos diversos ao seu papel nesse processo. Em alguns relatos como do Méd.1 e da Enf.3, apesar de destacarem a importância da equipe, explicitaram a necessidade de um maior número de profissionais da equipe, como a figura do psiquiatra, ou mesmo um maior número de equipes dando esse apoio matricial. Demonstram compreender também as suas limitações e excesso de demandas que as equipes recebem:

Não tem pra onde encaminhar, a gente fica desesperado. A equipe de saúde mental do município que... Não dá conta. Em algumas vezes a gente tentou discutir, não foi adiante. Na minha percepção é que eles ficam tão angustiados com tantas solicitações que eles querem conversar logo com o paciente, e aí não sei o que acontece... (Méd.1)

Por que olha o (Psicólogo da equipe mínima) tá com as treze na cidade né, os PSF e as UBS... Então tá uma loucura pra ele...(Enf 3)

Outro sentido pode ser encontrado no relato do Coord.3 que também afere à equipe mínima esse papel de apoio, embora enquanto uma possibilidade de atuação que ainda não se concretizou:

A coisa tá se transformando em encaminhamentos, pouca resolutividade nos diversos níveis de atenção. A equipe de saúde mental poderia estar subsidiando os profissionais do PSF e até mesmo dos postos não ligados ao programa, pra que eles pudessem dar uma atenção maior no nível básico sem precisar encaminhar...

Já o Méd.7, como outros pesquisados, coloca a equipe mínima como fundamental, tanto na agilização de encaminhamentos para outros níveis, como na instrumentalização dos profissionais para o desenvolvimento de ações em saúde mental na própria Unidade:

É bem difícil o encaminhamento. Tanto a UNESP como o ARE estão superlotados, não têm vagas. Alguns casos mais graves, devido à equipe de saúde mental atuar, eles conseguem a entrada lá na UNESP...

O próprio membro da equipe mínima de referência em saúde mental também reconhece o seu papel na mediação das demandas da ESF com os serviços, destacando a sua interferência na agilização do processo de encaminhamento:

Então, quando eles têm algum problema grave, até por que a burocracia é muito grande, acabamos nós fazendo esse intercâmbio, essa articulação com os serviços. Então, a gente acaba tendo que fazer isso, porque pelo meio normal do encaminhamento ele é demorado. Então, nesse aspecto eles têm uma boa articulação conosco e nós com os serviços...

Assim como recomenda o próprio Ministério da Saúde, no Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002), a existência de equipes especializadas de apoio junto à atenção básica, podemos observar a atuação dessas equipes no município de Botucatu, tanto na otimização de seus recursos, na ampliação de seu potencial resolutivo, como na organização do fluxo para os níveis de maior complexidade. Constata-se que essa atuação tem contribuído para o desenvolvimento de ações em saúde mental nas

próprias Unidades. Contudo, a presença de uma única equipe, formada apenas por um psicólogo e uma assistente social, foi colocada como insuficiente para atender da melhor forma possível as demandas de todas as equipes.

Outro dado constatado é que grande parte dos coordenadores compreende e experencia a ESF como *locus* estratégico para o desenvolvimento de ações em saúde mental, mas que ainda necessita de uma série de fatores para alcançar sua plena capacidade e possibilidade de atuação. Dessa forma, foi identificado como quarto núcleo de significação: *A ESF como espaço de escuta e acolhimento ao sofrimento psíquico que poderia intensificar as suas ações com uma maior retaguarda institucional.*

Mesmo estando sob essa mesma significação, a diversidade de sentidos está presente nos relatos abaixo. Profissionais da ESF, como a Enf.1 e o Méd.4 têm o desejo e sentem a necessidade de desenvolver ações de saúde mental na própria Unidade, entretanto, referem não ter tido uma boa formação, nem tão pouco, uma capacitação e apoio governamental para tanto. Além disso, destacam a ausência de vagas e retaguarda no nível secundário de atenção, o que em muitas ocasiões colocou o Pronto Socorro como única alternativa possível, levando a internações que poderiam ter sido evitadas:

Talvez por ouvir, o que já é um passo no sistema de saúde, assim, você pode ouvir e atender essa pessoa... Se você encaminha de repente para outro serviço, essa paciente volta com mil medicações... Que só tiram ela da realidade e não deixam ela ter um enfrentamento. (Enf.1)

Eu acho que tem uma resolutividade. Não alta, porque o Ministério não faz o treinamento para isso, mas ele tem sim, porque ele acolhe né, casos de tentativa de suicídio, ele dá a primeira acolhida. Ele pode retornar né, a diferença é que em outros serviços você não retorna fácil né, no momento em que você tá mais precisando... (Méd.4)

Fica evidente a postura de que A ESF já representa um avanço para o SUS, e caracteriza-se enquanto espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações em saúde mental, o que pode ser mais benéfico para as pessoas do que ser submetida a uma medicalização excessiva e muitas vezes desnecessária.

O membro da Eq. Sm. também vincula o sucesso das ações em saúde mental na ESF a fatores de qualificação e experiência dos profissionais, ressaltando que já houve melhoras significativas nas condutas dos mesmos:

A gente percebia muita resistência dos profissionais em fazer o tratamento, é como se a saúde mental fosse uma atividade a parte das outras especialidades. Então, não se via nada dentro das Unidades, era tudo encaminhado... Então, a gente foi percebendo que eles começaram a ter mais segurança em tá prescrevendo mesmo em tá tratando... Então a gente percebe que a Unidade depois de um tempo, depois de atender alguns casos, depois de sensibilizada ela consegue cuidar... Vai depender muito do grau de gravidade de cada doença e da experiência de cada profissional...

Quanto ao relato dos coordenadores, como o Coord.7 e o Coord.8, percebemos uma conotação de sentido um pouco diferente da dada pelos outros profissionais. Os serviços, em sua maior parte, reconhecem o potencial e as possibilidades da ESF, mas desconhecem seus recursos e ações que já estão sendo desenvolvidas, o que tem tornado difícil essa articulação em rede. No mais, reconhecem que nem sempre a medicalização de todo e qualquer sofrimento psíquico é a melhor alternativa, desde que haja a possibilidade e o conhecimento das opções de apoio psicossocial em outros espaços:

Eles têm muito interesse em tá discutindo saúde mental, mas eles relatam também muitas dificuldades em tá discutindo esses casos...Casos que poderiam tá na atenção primária, que poderiam ter uma resolutividade na atenção primária. Mas isso é uma coisa própria da formação né, a saúde mental acaba tendo um papel menor na formação do médico em geral...(Coord.7)

Eu acredito muito nos recursos que o PSF tem, mas eu desconheço... Então muitas dessas mulheres estão precisando de uma melhor rede de suporte, de apoio afetivo, de orientações, de logística, de cuidado, de espaços de lazer, de vida mesmo sabe? Não precisa nem do secundário nem do terciário da saúde mental. (Coord.8)

Verificaram-se, também, discordâncias quanto ao conhecimento entre membros de uma mesma equipe em relação às ações em saúde mental que estão sendo desenvolvidas na sua própria Unidade, bem como, no que se caracteriza tal tipo de intervenção. Cerca de 50% das equipes relataram já desenvolver algum tipo de trabalho, como: grupos de alcoolistas; grupos direcionados a quadros ansiosos e depressivos em mulheres; grupos de atividades manuais; grupos de caminhada e grupos voltados a hipertensos e diabéticos. Já o restante referiu não desenvolver nenhuma ação além do atendimento clínico, ou que em suas unidades está em fase de formação esse tipo grupo pelo suporte da equipe mínima de saúde mental. Quanto a isso, foi constatado ainda que as equipes que possuem uma maior capacitação em saúde mental, bem como um maior aporte de tecnologia, têm conseguido acolher o sofrimento psíquico na própria Unidade.

Como quinto núcleo de significação, e também bastante mencionado pelos pesquisados, foi a ausência e a necessidade de recursos comunitários como retaguarda no próprio bairro, vistos como aliados na atenção e no cuidado integral a pessoa com sofrimento psíquico. Dessa forma, postulou-se o núcleo – *A ausência de rede social no apoio a E SF* - que será melhor exemplificado e discutido abaixo.

Apesar de referirem-se à importância e à necessidade de outros dispositivos auxiliares no bairro, os trechos demonstram diversas atribuições de sentido dado a esse recurso. Nota-se desde aqueles, como Enf.7, que desconhecem totalmente qualquer forma de organização civil no bairro, apesar de pontuar a necessidade de uma rede paralela, aos que embora conheçam, como Méd.7, mas não conseguem estabelecer uma relação interativa:

Não. A gente não conhece. Seria até bom se existisse uma rede paralela... Mas a gente acaba ficando com esse paciente aqui, é um paciente que demanda uma consulta de mais de uma hora sabe? (Enf.7)

Infelizmente não. Aqui é um bairro extremamente carente. Existe um Centro Comunitário, mas eu acho que é muito restrita a entrada de pessoas novas lá. Parece que formou um grupinho que quem tá fora não consegue entrar (Méd.7)

Há outros relatos, como o do Méd.6, que também explicitam a sua importância, mas vêem empecilhos em formar uma interação maior, como: as dificuldades de acesso; trabalhos inconstantes e dirigidos por voluntários; ausência de supervisão, bem como precariedade de instalações:

Aqui, até que a comunidade se organiza, é bem organizado, tem vários grupos, eles mesmos se organizaram... Então, eles têm um serviço, um grupo né, que funciona no Centro Comunitário ao lado da igreja..., mas são todos trabalhos voluntários. As pessoas que estão à frente desses grupos são voluntárias e, às vezes, sem nenhuma supervisão.

Outro relato, como o de Méd.5, já coloca a população local como acomodada para uma mobilização maior, o que dificulta esse tipo de articulação:

Fiquei sabendo que teve várias tentativas de formação de grupos comunitários só que não teve um retorno da comunidade pra essas ações...

Relatos como da Enf.6, além de ressaltarem estas questões, manifestam também preocupações quanto ao fato desta ausência na determinação e manutenção do sofrimento psíquico.

Mas eu acho que é importante, as pessoas aqui não têm o que fazer, o bairro não tem nada a oferecê-las de entretenimento, lazer. E aí não tem quem esteja bem de saúde mental mesmo né, com tantos problemas sociais e ausência de recursos.

Apesar desta constatação, é importante destacar que grande parte dos coordenadores das equipes de Saúde da Família desconhece, ou conhece de modo parcial, os próprios serviços especializados em saúde mental. Mesmo entre aqueles que se mostraram conhecedores dos recursos existentes, manifestaram não saber de fato que tipo de atenção é por eles oferecida, assim como os tipos de intervenções existentes, mostrando mais uma vez, a ausência de conhecimento e de interlocução não só com suportes comunitários, como entre os diversos níveis de assistência em saúde mental, não possibilitando a efetivação de um circuito integrado de atenção psicossocial.

Outro núcleo de significação a ser destacado é a – *Importância de políticas públicas na organização de uma rede em saúde mental*. Além desses fatores que já foram aqui mencionados em muitos relatos, foi ressaltado o papel de políticas públicas e da gestão em suas diferentes instâncias como fundamentais para o sucesso e na qualidade dos serviços prestados, como na dinamização do fluxo e interlocução da ESF com os outros níveis de atenção.

Como iremos perceber, também há uma pluralidade de sentidos conferidos às políticas públicas, como indispensáveis na organização e pactuação de uma rede de saúde mental. Apresentam-se concepções, como a do Coord.5, de que embora a ESF tenha trazido avanços na assistência, o seu papel não pode ser supradimensionado pelos governantes como a solução de todas as mazelas da saúde pública brasileira:

Às vezes, a gente até ouve o gestor falar que o PSF vai ser a solução pra todos os problemas da saúde, e esquece. Então não adianta você implantar o PSF se não tiver retaguarda adequada. Porque aí você levanta uma demanda que tava reprimida lá... Então eu acho que o gestor tem que investir, não dá pra achar que a gente só vai resolver com o PSF...

Figura também, na concepção do Méd.8 e do membro da Eq. Sm, que essas dificuldades repousam na ausência de atenção municipal nos níveis secundários e terciários que, no município, estão em sua maior parte sob responsabilidade do Estado, dado que Botucatu não detém a Gestão Plena do Sistema de Saúde, o que torna difícil uma adequação que atenda a diferentes interesses:

Primeiro precisa reestruturar a assistência à saúde mental do município, porque as nossas referências é o setor secundário, que é Estadual, e o terciário que é o Hospital da UNESP...Então, precisaria do município montar uma rede secundária, para atender realmente as nossas necessidades. (Méd.8)

Em termos de saúde mental o município só tem essa equipe com quatro profissionais... temos dificuldade até de diálogo porque eles têm uma gerência e nós temos outra, então na realidade nós temos que fazer um esforço no sentido de resolver os nossos problemas, de superar as nossas barreiras... A gente ainda tá construindo uma rede de saúde mental no município. Infelizmente nós não temos a Gestão Plena que é um dificultador, porque quando a gente pensa existem outros interesses e a gente não consegue articular isso... (Eq. Sm)

Em outras colocações, como a do Coord.8, são destacados os entraves existentes que impedem as equipes do PSF em conseguir promover uma maior racionalização do uso de tecnologia e conseqüente resolutividade no nível básico, como: falta de investimentos e apoio para realização de capacitação e desenvolvimento de ações em saúde mental na Unidade que fuja do modelo tradicional de intervenção; demora na implantação de equipes matrizes de apoio, bem como a insuficiência dos profissionais existentes no enfrentamento das demandas de todas as equipes:

Eu acho que o Secretário de Saúde não é uma pessoa mal intencionada de jeito nenhum, mas eu acho que ele demorou um pouco pra começar a equipe de saúde mental do município, que é uma equipe muito nova, que tá começando a desenvolver o trabalho e é muito mínima... (Coord.8)

Outro dado que pode ser destacado, é que neste núcleo os apontamentos por parte das coordenações dos serviços e dispositivos substitutivos foram realizados com uma maior tranquilidade do que pelos profissionais da ESF. Fato este, que pode estar ligado em parte pela própria natureza dos equipamentos, ou seja, é mais difícil formular críticas quando se tem uma relação de trabalho atrelada diretamente com o governo local, o que os leva a tecer colocações menos enfáticas nessa questão, muito embora não tenham deixado de realizá-las. Podemos perceber que alguns desses coordenadores compreendem que o

sucesso dessa articulação só será realmente possível, quando houver suporte e investimentos necessários por parte do Estado, mostrando com isso, que a questão vai além do poder e desejos individuais.

Como sétimo núcleo de significação está – *A fragilidade e precariedade da articulação interinstitucional ESF – rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental*. Em praticamente todos os relatos, foi possível perceber o desejo mútuo das equipes das ESF e dos serviços em estabelecer uma maior integração da rede em saúde mental, seja através de maiores discussões, encontros, ou mesmo pelo uso de protocolos mais definidos e pactuados para otimização desse fluxo, que não se resumam à equipe mínima como cumpridora desse papel.

Nestas pequenas exemplificações abaixo estão alguns dos maiores obstáculos apontados para a concretização de uma organização em rede em saúde mental, sem, no entanto, ter um sentido único para todos profissionais. Temos, nestes trechos, a constatação do desejo mútuo dos profissionais das duas pontas em estabelecer uma melhor relação como garantia na oferta de atendimento integral às pessoas com sofrimento psíquico. Constata-se que essa integração, como a referida pelo Méd.1, tem sido estabelecida mais satisfatoriamente entre os profissionais que já possuíam um contato prévio formalizado e facilitado por relações de amizade:

Eu acho que tem alguns casos mais complicados que a gente precisava ter mais garantido o acesso. Sabe o que eles me dizem? Agora eu não tenho vaga, deixa passar mal que você manda pro Pronto Socorro... O que eu tenho feito é ligar pro profissional que eu conheço e esclarecer a situação, mas assim, no desespero, você tem que pedir pelo amor de Deus...

As Enf.1 e 4 ilustram a ausência de contra-referência dos serviços especializados, que também é referida como um dos grandes motivos de insatisfação e até mesmo gerador de sofrimento nos próprios profissionais das ESF:

O problema é que a comunicação é muito falha... Cada lugar fala uma coisa. Pra onde eu mando o paciente? As orientações são discordantes, acho que falta integração e uma melhor comunicação. (Enf.1)

A integração que a gente tem com a rede de serviços é quando eles precisam da gente... Mas a gente não tem uma rede... Nós não temos fluxo definido pra referência e contra-referência. (Enf.4)

Em outras falas, como as do Coord.6, Coord.7 e Eq. Sm, fica evidenciada a necessidade de utilização e adequação de instrumentos específicos para a saúde mental como fundamentais na definição de competências entre os níveis, como também na otimização dos recursos da saúde. Quase em sua totalidade os coordenadores manifestaram a necessidade de maiores espaços de discussão, maior periodicidade desses encontros e, principalmente, cada equipamento conhecer e saber das possibilidades e limitações do outro:

Eu acho que ele pode ser um facilitador se não for visto como um instrumento para burocratizar... Eu acho que a gente tem que trabalhar primeiro com a sensibilização das pessoas para a importância desse instrumento de encaminhamento, eu acho que ele é fundamental (Coord.6)

Botucatu conta com serviços de saúde mental que são superiores as necessidades do município pelo tamanho dele... Mas apesar de ter vários serviços especializados, multidisciplinares, os serviços não são integrados. Então, cada um faz o seu né, no seu quintal, tá discutindo pouco... (Coord.7)

Desde o início das reuniões a gente tá tentando desenvolver uma ficha de referência e contra-referência, mas ela esbarra em algumas questões, por que cada serviço já tem a sua ficha de referência, então, a gente tá tentando dialogar. Hoje nós estamos tentando verificar as demandas que nós temos nos serviços, os pacientes que nós atendemos pra ver se eles são os mesmos das Unidades... (Eq. Sm)

Como último núcleo de significação está a avaliação feita pelos pesquisados quanto às vivências na organização desta rede em saúde mental. Com isso, chegou-se a formulação de que – *A relação existente é pouco interativa e poderia melhorar*. Nos trechos abaixo, podemos observar algumas dessas avaliações.

De forma unânime, todos os coordenadores avaliaram que a relação da ESF com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental é falha, sem, no entanto, apresentar homogeneidade na compreensão e no sentido dado a estas problemáticas. Alguns profissionais como a Enf.8, o Méd.5 e o Coord.7 denotam que esta falha reside no desconhecimento das possibilidades de intervenção e de aporte de tecnologia, o que acaba contribuindo para a baixa resolutividade dos casos na atenção básica, como também nos encaminhamentos equivocados e desnecessários:

Eu acho que precisava melhorar, a gente ainda tem muitas dificuldades em encontrar meios de tratamento que fogem da alçada da Unidade Básica... (Enf.8)

Falta ter um contato maior com o pessoal da rede... Talvez isso seria o ideal, marcar reuniões, discutir os casos. Ajudaria até mais o PSF a ta resolvendo muitas questões que agente encaminha por desconhecimento ou por desconhecimento mesmo do quadro do paciente e do que faz o serviço de referência pra ta resolvendo...(Méd.5)

Tem esse desejo de tentar absorver a maior parte dessa demanda, dos casos que são muito complicados, de fazer a promoção e prevenção de saúde da população... A capacidade que a rede tem de executar essas ações é muito grande mas acho que é sub aproveitado nesse momento. (Coord.7)

O membro da Eq. Sm aponta que apenas o CAPS tem estabelecido uma articulação direta com o PSF, ficando a cargo da equipe mínima driblar a burocracia e ausência de vagas nos outros serviços:

É uma incógnita. Por que a gente sabe que em algumas Unidades entram em contato com o CAPS ou com algum serviço pra encaminhar, mas mais com o CAPS, por que o CAPS já fez essa aproximação em reunião, coisa que os outros serviços nunca fizeram. Então eles conhecem alguns profissionais e conseguem entrar em contato, mas com os outros serviços ela é praticamente inexistente ou só existe a partir da equipe de saúde mental...

Além disso, constatamos também outras concepções, como a do Coord.5, que revelam que a relação mostra-se boa, pois não são colocados em evidência os nós existentes, evitando dessa forma possíveis embates e divergências:

A relação é boa, é boa porque eu acho que ninguém mexe na ferida de fato... Porque se você quiser realmente mudar, você vai criar mal estares que as pessoas preferem não fazer...

Outro dado, que embora não tenha se configurado como um núcleo de significação homogêneo à maioria dos discursos e que merece ser aqui destacado, é a compreensão da multideterminação do sofrimento psíquico em alguns momentos, como também certa psicologização de determinados problemas sociais em outros. Em alguns relatos isso se evidenciou, na medida em que apresentavam fatores sócio-econômicos e afetivos como condicionantes da saúde mental dos moradores de seus bairros, como: conflitos familiares e conjugais; condições precárias de moradia; desemprego; ausência de entretenimento e lazer, entre outros. Tal constatação pode revelar que, mesmo entre aqueles que

manifestaram suas angústias frente ao trabalho com pessoas acometidas por sofrimento psíquico, possuem mesmo sem uma formação e capacitação adequada, certa sensibilidade e discernimento para compreender o processo saúde-doença de uma forma ampliada. Entretanto isso não tem corroborado numa diminuição das preocupações no trabalho com esse tipo de população, dada a ausência de uma escuta mais qualificada nesse tipo de situação.

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como em muitos municípios brasileiros a implantação da ESF em Botucatu é um fato recente, e se deu em algumas áreas antes restritas ao acesso à saúde, trazendo com ela, inúmeras questões, conquistas e dificuldades que se fazem presentes em sua organização e modo de operacionalização. No que tange a sua organização em rede com outros equipamentos de saúde, estas problemáticas também se apresentam, demonstrando que a verdadeira mudança do modelo assistencial só se tornará factível quando as parcerias PSF – Gestores – Serviços e Comunidade estiverem estabelecidas e em funcionamento (ALVES, 2005; ROSA & LABATE, 2005).

Conforme o objetivo apresentado na presente pesquisa, constatamos que a relação das equipes da ESF com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental é frágil e insuficiente na adequação e realização de um sistema de referência e contra-referência entre os mesmos. Tal fato tem dificultado o estabelecimento de uma articulação da saúde mental no município que, apesar de contar com um bom quadro de equipamentos e possibilidades de ações, não tem conseguido circunscrever da melhor maneira possível o fenômeno do adoecimento psíquico numa rede integrada de atenção psicossocial.

Entre as dificuldades que foram constatadas na presente pesquisa e que também já foram objeto de investigação, como nos trabalhos de Reis e Hortale (2003); Ribeiro, Pires e Blanck (2004) e Valentini (2004), está a formação dos profissionais do PSF ainda voltada para um modelo curativo e hospitalocêntrico de atuação, como a necessidade de capacitação constante para transformação da atenção básica em real porta de entrada e de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico (KOGA, FUGARETO e SANTOS, 2006).

Por outro lado, foi possível reconhecer que as equipes de Saúde da Família que contam com maior capacitação e retaguarda dos serviços especializados têm conseguido acolher grande parte das demandas de sofrimento psíquico na própria Unidade, sendo mais criteriosos ao estabelecer os encaminhamentos para outros níveis de atenção, como constataram também, Lopes (1999); Abreu et al (1999), Giordano e Pereira (1996). Essa necessidade de escuta qualificada, do perfil dos profissionais em atuar com problemáticas em saúde mental e de capacidade de reconhecimento do sofrimento psíquico, também qualifica o potencial de resolutividade do PSF em questões da esfera “psi”, assumindo diferentes graus de comprometimento e investimento na acolhida do sofrimento.

Da mesma forma como outras pesquisas desenvolvidas com profissionais que atuam no PSF em Botucatu, constatou-se também, a importância dos Agentes Comunitários de Saúde e dos familiares no levantamento dos casos e na interlocução do sofrimento psíquico com o restante das equipes, transcendendo o lugar esperado de marcador de consultas e facilitador de relações entre comunidade e unidade de saúde (FENERIC, PEREIRA e ZEOULA, 2004), assim como a observação de que os familiares e os próprios profissionais que prestam essa assistência apresentam demandas em saúde mental, diante da convivência, da falta de preparo e de apoio em situações de crise, nas quais foram esgotadas as possibilidades de atuação no nível básico (RIBEIRO, 2006; VECCHIA, 2006).

Nas entrevistas com os coordenadores da ESF e dos serviços especializados em saúde mental ficou claro que a maioria reconhece que nem sempre a medicalização de todo e qualquer sofrimento psíquico é a melhor alternativa, desde que haja outras possibilidades e dispositivos de apoio psicossocial que supram as necessidades dessas demandas. Bezerra (2005) já pontuava essa questão, destacando que uma boa efetividade das ações na rede básica articuladas com redes sociais leva muitos casos a ter um melhor prognóstico e a prescindir da internação psiquiátrica.

Contudo, observamos que as ações em saúde mental na ESF, como a realização de grupos de alcoolistas e de quadros ansiosos, acompanhamento medicamentoso e clínico após altas hospitalares, não garantem por si só a atenção integral a essas pessoas, dado a ineficácia das propostas de articulação intersetorial, como Del Bem et al (1999) já haviam destacado. A ausência de retaguarda e de vagas nos níveis mais especializados tem colocado em muitos momentos o Pronto Socorro como única alternativa possível para usuários que não necessitariam ou não evoluiriam para uma situação de urgência hospitalar. Como Machado, Manço e Santos (2005) apontaram, a internação psiquiátrica acaba sendo o destino inevitável, respondendo mais a uma falta de opção do que pela necessidade de reclusão.

Evidenciou-se também, a existência de um desejo mútuo das equipes de Saúde da Família e dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental em estabelecer uma maior integração da rede em saúde mental através de constantes encontros e discussões, sendo destacada a necessidade desses espaços de trocas como fundamentais. Hartz e

Contandriopoulos (2004) e Filho e Nóbrega (2004) já demonstravam a difícil formação e execução dessa rede, dado a diversidade de interesses e engessamento nas atividades burocráticas do cotidiano. Com isso, a não compartimentalização dos indivíduos em especificidades e a co-responsabilização conjunta dos casos têm se colocado como de difícil execução e aplicabilidade no dia-a-dia das instituições.

Além disso, todos reconhecem a necessidade de instrumentos mais específicos e precisos para o levantamento dos casos e para otimizar o fluxo de encaminhamentos na saúde mental. A diversidade de protocolos, a ausência de contra-referência dos níveis mais especializados, bem como a divergência de interesses na gerência dos equipamentos, são pontuadas como grandes entraves na formação dessa rede. Saraceno, Asioli e Tognini (1994) já referiram à necessidade de adoção de fichas ou instrumentos comuns para adequação do fluxo de pacientes dentro de uma rede de cuidados, assim como Lopes (1999) e Poço e Amaral (2003) ponderaram o sistema de referência e a contra-referência como imprescindível na execução e efetividade das ações em saúde mental.

Nesse sentido, constatamos o papel da equipe mínima de referência em saúde mental e de iniciativas pontuais de apoio de alguns serviços como fundamentais na mediação e organização desse fluxo, porém, o reconhecimento de suas limitações diante do excesso de demandas é um fato notório, sendo apontadas como urgentes a efetivação de mais equipes e profissionais na realização desse trabalho. Matumoto et al (2004/2005) também explicitaram o papel das equipes de supervisão, tanto no trabalho de mudança na postura dos profissionais envolvidos na ESF diante dos desejos e necessidades dos usuários, como na instrumentalização e adequação de estratégias que contribuíssem para uma melhor efetividade das ações no nível básico de atenção.

Avaliamos que a escolha metodológica na formação de núcleos de significação e de sentido colaborou muito na compreensão de como esses diferentes profissionais estruturam e entendem a integração dessa rede. Entretanto, pontuamos que a opção na delimitação dessas pessoas como significativas aos objetivos dessa pesquisa não esgotam todas as opiniões e implicações presentes nessa problemática. Por isso, deixamos indicado para futuros aprofundamentos desse fenômeno a incorporação de outros atores envolvidos nesse processo, como Agentes Comunitários, Secretário de Saúde e usuários do sistema, que colaborariam ainda mais na totalidade da compreensão desse estudo. Além disso,

pontuamos a necessidade de investigações que retratem como a mudança nos modelos assistenciais em saúde mental, ocorrida nos últimos vinte anos, colaborou ou não na redução do número de leitos e internações psiquiátricas no município.

A rede como estratégia e processo que coloca em ato a desinstitucionalização, como contraponto à fragmentação sistêmica dos serviços e à verticalidade dos fluxos, às respostas inflexíveis, seletivas e padronizadas deve ser vislumbrada e efetivada. Mas antes de tudo, a rede como sistema de trocas vivas, de conhecimento, de afetos, materialidades diversas, recursos, compromissos e responsabilidades, com múltiplos pontos de entrada em abertura permanente, incorporando recursos e atores, tecendo raízes no território, ainda necessitará de muitos avanços e encontros para que os desencontros sejam minimizados e superados em prol dos que dela mais necessitam, os usuários da saúde mental.

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4

ABREU, J.C.G. et al. Construindo pontes. In:____. **Tecendo a rede**: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999. p.79-97.

AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica**: uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez, 2001. p.129-140.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 26, n.2, p.1-15, 2006.

ALVES, D. S.; GULJOR, A P. O Cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS. R.A (Orgs.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p.221-240.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.B (Orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.167-174.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface.Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia**. A luta do CEBES. Lemos Editora, 1997. p.163-186.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. v.11, n.3, p.491-494, 1995a.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 1995b. p.21-90.

BEZERRA, B.J. Considerações sobre práticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N.R. **Cidadania e loucura**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.133-171.

⁴ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR6023**: Informação e documentação- Referências - Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 2003. 306p.

BOTUCATU. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2005/2008**. Versão para discussão no Conselho Municipal de Saúde. 61p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ações. **Saúde mental no sus: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004b. p.9-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002**, Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília, 2004a. 340p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília, 2001a.

BRASIL. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.1, p.1-15, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família (PSF)**. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III conferência nacional de saúde mental**. Brasília, 2002. 213p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no sus**. Informativo da Saúde Mental. Brasília, 2005, v.4, n.21.

BREDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. Cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.471-480, 2001.

CAMPOS, F.C.B. O lugar da saúde mental na saúde. In: CAMPOS, F.C.B. (Org.) **Psicologia e Saúde – repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 47-57.

CARVALHO, M.C.B. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC-Cortez, 1995. 122p.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.4, p.1088-1095, 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**. Sujeito e Mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005. 183p.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: CONH, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil**. Políticas e Organização de Serviços. 3ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999. p. 13-57.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18 (supl), p. 191-202, 2002.

COSTA, N.R. O banco mundial e a política social nos anos 90. A agenda para reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA N, R. ; RIBEIRO, J.M. **Política de saúde e inovação institucional**. Uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. p.13-29.

COSTA-ROSA. A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio- subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-166.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. **Sistema único de saúde**. Princípios. In: BRASIL: Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001. p.285-304.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2005. p.161-194.

DEL BEM, et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.5, p. 470-476, 1999.

ELIAS, P.E. Estrutura e organização da atenção á saúde no Brasil. In: CONH, A., ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil**: Políticas e organização de serviços, 3.ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 1999. p. 59-133.

FAVERET, F.P; OLIVEIRA, P.J. A universalidade excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Revista de Planejamento e Políticas Públicas**, n.3, p. 139-162, 1990.

FENERIC, S.R.G.; PEREIRA, W.A.B.; ZEOULA, F.M. Saúde mental e programa saúde da família: percepções do agente comunitário de saúde. **Psicologia Hospitalar**, v.2, n.2, p.1-15, 2004.

FILHO, N.G.V., NÓBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.9, n.2, p.373-379, 2004.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro Ltda, 1988. 99p.

GALLETTI, M.C. **Oficina em saúde mental**. Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?. Goiânia: Editora da UGC, 2004. 124p.

GIORDANO, J.R., PEREIRA, L.M.F. Saúde mental. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B (Orgs.) **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. 290p.

GUIMARÃES, E.M.; TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

HARTZ, Z.M.A., CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 (supl.2) p.73-85, 2004.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KINOSHITA, R.T. Uma experiência pioneira. A reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA et al. **Saúde mental e cidadania**. 2.ed. São Paulo: Mandacaru, 1987. p. 67-83

KOGA, M; FUGARETO, A.R.F; SANTOS, J.L.F. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num programa de saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14, n.2, 2006.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 230p.

LANE, S. T. M. Estudos sobre a consciência. **Psicologia & Sociedade**. v.8, n.6, 1996. p. 95-105.

LAURELL, A.C. La globalización y las políticas de salud. In: **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 1997, Águas de Lindóia. **Anais**. V Congresso Paulista de Saúde Pública. Águas de Lindóia: 1997. p.25-41.

LEONTIEV, A. **Atividade, consciência y personalidad**. Buenos Aires: Ciências Del Hombre, 1978a.

LEONTIEV. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978b.

LOPES, I.C. A contribuição paulistana à reforma em saúde mental brasileira. A construção de uma política de saúde mental antimanicomial. In: VIERIA, M.C.T.; VICENTIN, M.C.G.; FERNANDES, M.I.A. (ads) **Tecendo a rede**: Trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999. p.27-76.

MACHADO, V.; MANÇO, A.R.X.; SANTOS, M.A. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.472-479, 2005.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A política de incentivos do ministério da saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18 (supl) p.163-171, 2002.

MARX, K. **Para crítica da economia política; salário, preço e lucro; o rendimento e suas fontes**: a economia vulgar / Karl Marx; introdução de Jacob Gorender; São Paulo: Abril Cultural, 1982. p.7-22.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.411-416, 2004.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.B (Orgs) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.39-64.

MATUMOTO et al. Supervisão de equipes no programa saúde da família: reflexões acerca dos desafios da produção de cuidados. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.9-24, 2004/2005.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001. 159p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. 269p.

NABUCO E.; GOULART, F.C.; POLIDORO, I.V. **Relatório final do VII encontro nacional de usuários e familiares do movimento da luta Antimanicomial**. Controle social na saúde mental: a participação de usuários e familiares. Xerém-Duque de Caxias/RJ, 2003. 32p.

OMS (Organização Mundial de Saúde), OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, 2001. 172p.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. A Equipe de Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. ; MENDES-GONÇALVES, R.B (Orgs.). **Saúde do Adulto**. Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. 290p.

PEDROSA, J.I. S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v.35 n.3, p.303-311, 2001.

PEREIRA, A.A.; ANDRADE, L. O.M. Rede integral de atenção à saúde mental, de Sobral, Ceará. In: LANCETTI, A. et al. **SaúdeLoucura 7**. Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 167- 195.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. . In: PINHEIRO, R.; MATTOS,

R.B (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.65-112.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996, 158p.

POÇO, J.L.C.; AMARAL, A.A.M. A inserção da saúde mental na atenção primária à saúde em um sistema de referência e contra-referência – o caso da UBS padre Roberto Spawen – SUS/ Juiz de Fora. **Revista APS**, v.8, n.1, p.25-37, 2005.

REIS, C.C.L; HORTALE, V.A. Programa saúde da família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.492-501, 2004.

RIBEIRO, M.D.; PIRES,D.; BLANK,V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

RIBEIRO, S.F.R. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho**. 2006, 162f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

ROSA, L. **O transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003. 367p.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. A Contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 13 (supl) p. 230-235, 2003.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.

ROTELLI, F. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO (Org.). **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001a. p. 89-99.

ROTELLI F. et al. Desinstitucionalização uma outra via. A Reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO (Org.).**Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 17-59.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. Guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec, 1994. 83p.

SARACENO, B. **Libertando Identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Instituto Franco Basaglia. 2.ed., Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001. 178p.

SCÓZ, T.M.X.; FENILI, R.M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde de família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.3, p.71-77, 2003. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 25 jan. 2005.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B.; NEMES, M.I.B (Orgs.). **Saúde do adulto**. Programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SENNA, M.C.M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia de saúde da Família no nível local: análise de uma experiência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.523-535, 2002.

SENNA, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, p.203-211, 2002.

SILVA, R.S. **O trabalho do psicólogo em centros de saúde**: algumas reflexões sobre as funções da psicologia na atenção primária à saúde. 1988, 334f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SODRÉ, N.W. **Fundamentos do materialismo dialético**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1968. 206p.

SOUZA, R.C.; SCATENA, M.C.M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.2, p. 173-179, 2005.

SOUZA, W.V. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.4, p.933-939, 2001.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

TRAD, L.A B. ; BASTOS, AC de S. O impacto sócio-cultural do programa saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14 n.2, p.429-435, 1998.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N.R. Cidadania, classes populares e doença mental. In: ____ **Cidadania e loucura**. Políticas de saúde mental no Brasil. 6.ed; Petrópolis: Vozes, 2000. p. 9-14.

VALENTINI, W. et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.4, p.523-528, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio**: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.169-174.

VECCHIA, M.D. **A saúde mental no PSF: estudo sobre práticas e significações de uma equipe.** 2006. 88f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S.T.F.M. O fardo e pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia.** V.11, n.2. p.159-168.

VIETTA et al. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.2, p. 97-103, 2001.

VIGOTSKI, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem.** São Paulo: Martins Fontes, 2001. 496p.

VIGOTSKI, L.S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 191p.

VIGOTSKI, L.S. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In:____. **Obras escogidas III.** Madrid: Visor Dist, 1995. p. 47-119.

WEINGARTEN, R. **O movimento de usuários em saúde mental nos Estados Unidos.** História, processos de ajuda e suporte mútuos e militância. Rio de Janeiro: Projeto Tansversões. 2001. 64p.

YUNES, J. **Política de saúde Mental para a infância e a adolescência.** Uma proposta de organização da atenção. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2003. 79p.

VII- ANEXOS

Anexo 1*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Eu, _____, portador(a) do RG _____, funcionário(a) da equipe _____ da Unidade de Saúde da Família _____ de Botucatu /SP, tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa “*O Programa Saúde da Família (PSF) em sua relação com a rede extra-hospitalar em Saúde Mental*”, que visará compreender se as equipes do PSF têm conseguido agir de forma integrada e complementar com os diferentes níveis de atenção extra-hospitalar de saúde mental do município. Espera-se obter maiores conhecimentos a respeito deste novo modelo de atenção em saúde, bem como as dificuldades vivenciadas no fluxo de encaminhamentos a níveis de maior complexidade em Saúde Mental, a ser realizada sob responsabilidade e com orientação da Dra Sueli Terezinha Ferreira Martins, concordo em participar da mesma. Autorizo que minha entrevista seja gravada em fita K-7, com garantia de sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão aos pesquisadores, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal ou profissional.

Pesquisador: Tiago Rocha Pinto

R. Floriano Simões, nº 336

Vila dos Lavradores – Botucatu, SP

Telefone (14) 3814-5125

E-mail tiago_rochapinto@yahoo.com.br

Orientadora: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Departamento de Neurologia e Psiquiatria

Rubião Júnior- Botucatu, SP

Telefone (14) 3811- 6089

E-mail stfm@fmb.unesp.br

Data ____/____/____

pesquisado

pesquisador

Anexo 2*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Eu, _____, portador(a) do RG _____, na condição de _____ do serviço _____ de Botucatu /SP, tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa “*O Programa Saúde da Família (PSF) em sua relação com a rede extra-hospitalar em Saúde Mental*”, que visará compreender se as equipes do PSF têm conseguido agir de forma integrada e complementar com os diferentes níveis de atenção extra-hospitalar de saúde mental do município. Espera-se obter maiores conhecimentos a respeito deste novo modelo de atenção em saúde, bem como as dificuldades vivenciadas no fluxo de encaminhamentos a níveis de maior complexidade em Saúde Mental, a ser realizada sob responsabilidade e com orientação da Dra Sueli Terezinha Ferreira Martins, concordo em participar da mesma. Autorizo que minha entrevista seja gravada em fita K-7, com garantia de sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão aos pesquisadores, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal ou profissional.

Pesquisador: Tiago Rocha Pinto

R. Floriano Simões, nº 336

Vila dos Lavradores – Botucatu, SP

Telefone (14) 3814-5125

E-mail tiago_rochapinto@yahoo.com.br

Orientadora: Sueli Terezinha Ferreira Martins

Departamento de Neurologia e Psiquiatria

Rubião Júnior - Botucatu, SP

Telefone (14) 3811- 6089

E-mail stfm@fmb.unesp.br

Data ____/____/____

pesquisado

pesquisador

Anexo 3**Roteiro de Entrevista com Coordenadores do PSF****1- Dados Gerais**

- 1.1- Nome:
- 1.2- Sexo:
- 1.3- Idade
- 1.4- Estado Civil:
- 1.5- Escolaridade:
- 1.6- Você possui algum curso ou especialização em saúde mental?

2- Programa Saúde da Família

- 2.1- Com a implantação do PSF, como foram realizados a identificação e diagnóstico dos casos de Saúde Mental em sua área de abrangência?
- 2.2- Qual foi a prevalência identificada?
- 2.3- Os casos de Saúde Mental que já eram acompanhados pela rede de serviços foram incorporados na assistência do PSF? Como?
- 2.4- Vocês desenvolvem algum tipo de ação em saúde mental nesta unidade?
- 2.5- Vocês utilizam algum recurso na comunidade como auxílio na assistência?
- 2.4- Você tem conhecimento dos serviços extra-hospitalares em Saúde Mental do município? Quais os serviços que você conhece?
- 2.5- Os novos casos de Saúde Mental que estão sendo identificados no PSF estão sendo integrados aos serviços extra-hospitalares?
- 2.6- Como é realizado o fluxo de encaminhamentos para estes serviços?
- 2.7- Você acha que o PSF têm conseguido promover a racionalização no uso de tecnologia, através de uma maior resolutividade de casos neste nível de atenção?
- 2.8- O que você acha que poderia ser feito para melhorar esta relação com os serviços?
- 2.9- Qual a avaliação que você faz da relação do PSF com a rede de serviços extra-hospitalares do município?

Anexo 4

Roteiro de Entrevista com Coordenadores dos serviços extra-hospitalares

1-Dados Gerais

- 1.1-Nome:
- 1.2-Sexo:
- 1.3-Idade
- 1.4-Estado Civil:
- 1.5-Escolaridade:
- 1.6-Você tem algum curso ou especialização em saúde mental?

2-Relação do serviço com o PSF

- 2.1-Vocês recebem encaminhamentos do Programa de Saúde da Família ? De quais Programas?
- 2.2-Quantos são por mês?
- 2.3-De que tipos são os casos de Transtorno Mental que vocês recebem encaminhamentos?
- 2.4-Como é realizado o fluxo de encaminhamentos para este serviço?
- 2.5-Na impossibilidade de um encaminhamento qual é a conduta tomada?
- 2.6-Com o trabalho do PSF, tem ocorrido uma maior resolutividade dos casos na atenção básica? Ou tem aumentado a demanda para este serviço?
- 2.7-O que você acha que poderia ser feito para melhorar a relação deste serviço com o PSF?
- 2.8-Qual a avaliação que você faz da relação do PSF com a rede de serviços extra-hospitalares do município?

Anexo 5

Entrevista com membro das equipes mínimas de referência em saúde mental do município

1-Dados Gerais

1.1- Nome

1.2- Sexo

1.3- Estado Civil

1.4- Formação

1.5- Possui cursos ou especializações em saúde mental

2- Relação da atenção básica com a rede extra-hospitalar.

2.1- Quais ações vocês tem desenvolvido junto às equipes do PSF?

2.2- Quais são as maiores demandas das equipes?

2.3- Que tipo de casos vocês tem prestado assistência na própria Unidade? Que tipo de casos vocês tem articulado com os níveis de maior complexidade?

2.4- Como é realizada essa articulação? E com quais serviços?

2.5- Você acha que o PSF tem conseguido promover a racionalização de tecnologia através de um maior resolutividade dos casos na atenção básica? E quais têm sido as maiores dificuldades pra que isso aconteça?

2.6- O que você acha que poderia ser feito pra melhorar essa relação?

2.7- Qual avaliação que você faz da relação do PSF com a rede extra-hospitalar em saúde mental?

Anexo 6

Caracterização da rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental no município de Botucatu-SP.

ARE – Ambulatório Regional de Especialidades.

Endereço: Avenida Santana, 323 – Centro.

Telefone: (14) 3815 2322 **Fax:** (14) 3882 1212

Demanda: Encaminhamentos feitos pelos serviços de saúde de Botucatu, Fóruns e Comarcas de Botucatu e Região, Serviços de Assistência Social, Escolas Psicotécnicas e dos 13 municípios cuja referência é a DIR, além da livre demanda.

Programas Oferecidos: Atendimento Ambulatoriais Individual e Grupal, realizado para crianças, adolescentes, adultos, alcoolistas e familiares.

Profissionais: 3 Psiquiatras, 4 Psicólogos, 1 Assistente Social e 3 Auxiliares de Enfermagem.

Associação de usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental de Botucatu – “Associação Arte e Convívio”.

Endereço: Rua: Prefeito Tonico de Barros, 621 – Centro.

Telefone: (14)3882 7087

Demanda: Encaminhamentos feitos pelos diversos serviços de saúde de Botucatu e demanda espontânea. Suas atividades são voltadas prioritariamente para pessoas com sofrimento psíquico graves (Transtornos Psicóticos), que geralmente mantêm seu acompanhamento clínico e medicamentoso em outros serviços de saúde mental.

Programas Oferecidos: Oficinas de Geração de Renda (Encadernação/ Mosaico/ Pintura e Costura); Oficinas Temporárias de Expressão Artística (Pintura em Tela/ Modelagem e

Teatro); Oficina de Direitos; Espaço Aberto; Ateliê Terapêutico; Grupo de Familiares; Atividades sócio-políticas e culturais; Espaço de formação profissional para estagiários e aprimorandos; Atividades de Pesquisa; Cursos de capacitação para o trabalho; entre outras.

Profissionais: 4 Assistentes Sociais, 3 Terapeutas Ocupacionais, 1 Psicólogo, 1 Auxiliar de Serviços Gerais e 2 Professores Temporários.

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial – “Espaço Vivo”

Endereço: Rua: Dr. Costa Leite, 1010- Centro

Telefone: (14) 3882 8003

Demanda: encaminhamentos recebidos da rede básica, NGA (Botucatu e Avaré), CSE, Ambulatório de Saúde Mental, Pronto Socorro e Hospital Dia da Faculdade de Medicina da UNESP, Hospital Cantídeo de Moura Campos, Associações de Bairros dos municípios, Associação Arte e Convívio e demanda espontânea.

Programas Oferecidos: Grupos de Apoio e Acolhimento; Oficinas para usuários adultos e grupo para familiares, como: Grupo de Música; Grupo de Atividade Física; Grupo de Expressão Livre; Grupos de Atividades Manuais, Passeios, Festas, participação em eventos, entre outros.

Profissionais: 2 Psiquiatras, 3 Psicólogos, 2 Assistentes Sociais, 2 Enfermeiras, 4 Auxiliares de Enfermagem, 4 Auxiliares de Serviços de Saúde e 1 Auxiliar de Serviços Gerais, além de ser campo de atuação para estagiários de diversas áreas da saúde.

CSE – Centro de Saúde Escola.

Endereço: Rua: Gaspar Ricardo, 181 – Vila dos Lavradores.

Telefone: (14) 3882 5222

Demanda: População pertencente à área de abrangência do CSE, recebida tanto espontânea quanto por encaminhamentos.

Programas Oferecidos: Atendimento Ambulatorial individual e grupal, realizado para crianças e adolescentes, adultos, grupos de convivência, alcoolistas e familiares, como: Atendimentos a pessoas com transtornos psicóticos para avaliação da medicação e participação em grupo mensal; Grupo de Psicoterapia (crianças e adultos); Grupo Reviver e mais duas Oficinas para idosos. Interface com outras áreas do Centro como: Grupo de Hipertensos e Diabéticos; Grupo de Pré-Natal e Grupo Cuidando do Cuidador. Também é espaço para formação profissional para residentes, estagiários e aprimorandos, além de prestar supervisão a outros projetos interinstitucionais do município.

Profissionais: 1 Psiquiatra, 2 Psicólogos, 1 Assistente Social, 1 Técnico de Enfermagem e 1 Aprimorando em Psicologia. Possui também profissionais colaboradores em algumas atividades, como: 1 Assistente Social (Grupo de Alcoolistas), 1 Psicóloga (Grupo Reviver, voltado para as mulheres)

Oficinas Terapêuticas – “Estação Girassol”

Endereço: Rua: Major Mateus, 701 – Vila dos Lavradores.

Telefone: (14) 3882 0443

Demanda: Recebe encaminhamentos de usuários da saúde mental de toda DIR XI; demanda espontânea, encaminhamentos dos serviços de saúde mental de Botucatu e moradores do Hospital Cantídeo de Moura Campos.

Programas Oferecidos: Diversas Oficinas para atendimento adulto, como: Oficinas de Culinária, Artesanato; Grupo de Beleza; Grupo de Dança Sênior; Grupo de Atividades Pedagógicas, além da realização de passeios e festas. Algumas Oficinas também são geradoras de renda, e reverterem uma porcentagem das vendas aos participantes em forma de bolsa oficina.

Profissionais: 2 Terapeutas Ocupacionais, 4 Monitores (2 Auxiliares de Serviço de Saúde e 2 Auxiliares de Serviço Geral), além de ser um campo de atuação para estagiários de diversas áreas da saúde.

Serviços vinculados ao Hospital das Clínicas da FMB –UNESP.

Endereço: Distrito de Rubião Júnior, sn.

Telefone: (14) 3811 6000/ 3811 6260 (Departamento de Neurologia e Psiquiatria).

Bloco1- Ambulatório de Psiquiatria Adulto

Telefone: 3811 6338

Demanda: Encaminhamentos recebidos de toda região da DIR XI, e dos serviços de saúde de Botucatu através do Setor de Triagem de Especialidades do Hospital das Clínicas da FMB, que destina determinadas cotas de atendimento para os serviços do município e da região.

Programas Oferecidos: atendimentos individuais e em grupo para adolescentes, adultos e familiares, através de seus subprogramas, como: Ambulatório de Psicogeriatría (destinado a pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade e com algum transtorno mental associado); Grupo de mulheres alcoolistas; Grupo para dependentes de álcool e outras drogas; Discussão clínica de casos em equipe multiprofissional, entre outras atividades.

Profissionais: Equipe multidisciplinar composta por: Assistentes Sociais, Psicólogos, Psiquiatras, Terapeutas Ocupacionais, além de campo para residentes e aprimorandos de diversas áreas da saúde.

Hospital Dia de Psiquiatria

Telefone: 3811 6161

Demanda: Encaminhamentos recebidos de toda região da DIR XI, e dos serviços de saúde de Botucatu. Atende pacientes adultos com os mais variados tipos de transtorno mental, exceto dependência química. Entre os mais comuns estão: transtorno depressivo maior e casos de depressão reativa, transtornos psicóticos, como esquizofrenia e transtorno bipolar.

Programas Oferecidos: Oficinas e atividades terapêuticas coordenadas por diferentes profissionais da equipe, como: Oficina de Terapia Ocupacional; Grupo de Familiares,

Grupo Psicoterápico com técnicas Psicodramáticas; Grupo Verbal; Oficinas de Culinária, de Cuidados Pessoais, Jardinagem, Planejamento, além de atividades físicas e sociais que, acabam sendo definidas de acordo com as características dos pacientes e das propostas de alunos e profissionais.

Profissionais: Equipe multidisciplinar composta por: Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra, Enfermeiro, e colaboração de docentes do Departamento de Neurologia e Psiquiatria em alguns momentos, e também campo de atuação para residentes, aprimorandos e estagiários.

Setor de Psiquiatria do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas.

Telefone: 3811 6312

Demanda: Atendimento prioritário a casos de urgência e emergência psiquiátrica, contudo também acaba recebendo casos de quadros depressivos crônicos e dúvidas quanto à medicação. Recebe encaminhamentos dos diversos serviços de saúde do município além de demanda espontânea. Os outros municípios da DIR XI utilizam a Central de Vagas como regulador no fluxo dos encaminhamentos.

Programas Oferecidos: Atendimento psiquiátrico individual e encaminhamento a um serviço de referência.

Profissionais: Psiquiatras e Residentes da Psiquiatria.

Anexo 7

Exemplificação de entrevista realizada com uma das Enfermeiras do PSF

(Você é formada em enfermagem né, e você tem alguma especialização ou curso na área de saúde mental?) Isso, eu fiz especialização em Saúde da Família. Mas, ah... Eu participei daquele curso que teve pros médicos, pra prescritores, mas assim...É nada quase (risos) é bem uma noçãozinha né, nada assim, muito gritante né. (Com a implantação do PSF aqui, como vocês fizeram, ou se foi feito este trabalho de identificação e diagnóstico dos casos de saúde mental nesta área de abrangência?) Olha a gente ta começando a trabalhar mais com essa parte de saúde mental.... Até por que começou a vir uma demanda meio que espontânea né. A gente começou a atender casos de depressão, teve um caso aqui de tentativa de suicídio. A gente tem muito alcoolismo aqui. Drogadição a gente já atendeu também, mas foi menos. A gente tem bastante alcoolismo e depressão. Aí começou a vir o pessoal da equipe de saúde mental da Secretaria, que é um psicólogo e uma assistente social... Então, a gente inclusive vai começar a trabalhar em grupo com essas pessoas a partir do mês que vem... Juntamente com eles. Um trabalho então a cada quinze dias, mais programado. Até o momento o que a gente tem feito é isso, a gente atende a pessoa quando vem... O que é possível da Doutora ta atendendo... De tá medicando, por que ela é prescritora né, e aí o que não for... a gente vai ta encaminhando. Apesar de aí que começa a nossa dificuldade. (Você já contou um pouco, mas qual é a maior prevalência que vocês tem identificado?) Mais alcoolismo... Só que eu não tenho assim certinho pra te dizer os dados que nem eu tenho, por exemplo, de hipertensos, de diabéticos, de crianças. Eu não tenho esse levantamento né... É uma coisa pra gente pensa também em ta fazendo. Não tem como eu te dizer com certeza. Pela prática né, de atendimento as famílias, que muitas vezes não é o alcoolista que nos procura né, mas é a família. Por que eles acabam adoecendo juntos né...Por que muitas vezes eles não querem, não admite que é, então. (Esses casos que já eram acompanhados pela rede de saúde mental, quando houve a implantação do PSF aqui, vocês ficaram sabendo quais eram esses casos, em que serviços eles estavam, houve uma integração de algum modo com vocês?) Não. Tem, tem assim, tivemos um contato com o serviço ou o serviço aqui com agente, quer dizer, o serviço nunca me mandou uma contra-referência. Quando a gente encaminha pela primeira vez a gente manda a referência, mas a gente nunca recebeu uma contra-referência... Do que quê aconteceu com a pessoa né... É... O que eu já observei, assim que tem paciente que trata, por exemplo, com psiquiatra no ARE, que faz acompanhamento lá, e que passam aqui com a gente. A gente então, repete a prescrição, faz o acompanhamento daí da parte clínica, de outras coisas. Tem lá o acompanhamento específico... E o que eu já recebi aqui, que veio de contra-referência é quando a pessoa é internada e eles saem com a folhinha né, do Hospital. Acho que é o máximo que eu vi de contra-referência (Então é só quando eles saem da internação que vocês recebem um retorno.) É, daí a hora que ele sai e vem buscar medicamento, aí ele traz aquela folha de... Alta né, do que ele teve, isso já aconteceu, a gente tem recebido. (Aí quando esse paciente volta da internação, ele fica aqui com vocês ou vocês encaminham ele pra outro serviço mais especializado?) Então, olha eu não consegui encaminhar pro CAPS, por exemplo (risos) Assim, até que a gente tentou, é difícil assim de conseguir né, vaga. E também tem o problema que aqui a minha população às vezes a gente consegue, que nem uma vez aqui eu tive um alcoolista, que veio pedir ajuda tudo. Olha fiquei um tempão pra conseguir um serviço pra atender ele. Um tempão assim, né, não conseguia no mesmo dia. Então eu fiquei naquela semana procurando. Aí a hora que eu consegui e pedi

pro Agente convocar ele já não queria mais, por que com o alcoolista tem que ser de imediato né. Por que a pessoa que se cuidar, tem que ser naquela hora né, isso é super frustrante assim, então mais é... Eu acho difícil de conseguir, tem que ficar tentando, e liga aqui e liga ali pra ver onde eles vão aceitar o paciente. (Que serviços de saúde mental você conhece aqui na cidade?) Então, que nem eu conheço... Eu sei que tem o grupo de alcoolista no Centro Saúde Escola né... Tem um grupo, também no ARE né, que foi lá que eu consegui uma vez pra uma paciente. É... Tem a parte de psiquiatria no ARE... A UNESP... Que nem eu acho que eu menos conheço são os CAPS assim, que eu sei que tem, mas sabe assim... Eu não sei como é que é esse fluxo... Pra isso né. (Com a implantação do PSF, pela busca ativa, e esse contato maior com as famílias, vocês podem estar identificando novos casos que até então vocês nem sabiam que existiam. Vocês estão ficando com esses casos aqui, ou vocês estão conseguindo encaminhar pra outros serviços?) Então, aí vai depender da avaliação médica né. Se for um caso leve que a gente ache que tem condição de acompanhar, prescrever medicamento, vai dá pra... Por exemplo, participar do grupo né, de saúde mental, então a gente fica com os pacientes. Mas se é um caso já que precisa de um acompanhamento do especialista, do psiquiatra, aí a gente encaminha. Agora o problema é esse entendeu? Você tem que esperar uma vaga, se você encaminha pra psiquiatria da UNESP e não é urgente... Se é urgente você vai passar pelo Pronto Socorro, como uma tentativa de suicídio né. Mas aí se não for, tem que esperar vim a vaga né. Então é complicado né... Se o paciente tiver muito mal você já consegue né, mais aí também. (Que recurso você usa pra encaminhar, é através de telefonema, ou algum protocolo escrito?) Não a gente tem, tem a... a folha de referência. Uma que é pro ARE específica, e outra que é pra UNESP, e agora tem uma também que a gente faz pro psicólogo da equipe mínima... Então cada um tem uma folha específica, que conta a história, qual o tratamento, enfim, mais uma guia de referência né. E aí se precisar uma coisa mais assim, faz um contato por telefone né, uma coisa mais grave que a gente não pode tá tratando. (E na impossibilidade de conseguir um atendimento mais especializado nos serviços da rede, vocês usam algum recurso comunitário que vocês acabam lançando mão, como apoio?) Não. Aqui na verdade tem o Centro Comunitário, mas ali eles desenvolvem outros trabalhos manuais, fazem horta, vão caminhar. Então assim, quando é o caso, é duro que a gente também não tem vaga pra pessoa participar né, mais é uma coisa interessante de tá pensando pro paciente, mas aqui no bairro seria só esse serviço, o Centro Comunitário né. Tem horta, ensina a fazer... Bordado, cada época tem um cursinho de alguma coisa assim manual, artesanal. (Aqui, no posto no momento vocês não tem nenhuma atividade específica pra saúde mental?) Não, vai começar mês que vem. O que tem é o que o psicólogo e a assistente social fazem. A gente tem com eles um contato, mas a gente ainda não faz junto. A partir de Outubro a gente vai tá junto com eles, entendeu? Nesse grupo. Até por que os dias que eles não podem vir a gente vai tá assumindo o grupo, eu e a médica. A gente vai fazer... Inclusive nós duas juntas inicialmente, até por que a gente tem mais experiência, ver como é. (Esse grupo seria pra alguma clientela específica ou pra queixas em geral?) A gente pensou em começar com as pessoas que tem por exemplo depressão, alguma coisa, sabe? Familiar, alcoolista, enfim. Começando mesmo com essa questão do sofrimento psíquico, conversar com essas pessoas. (Um das estratégias do PSF seria a de racionalizar o uso de tecnologia, dar uma resolutividade maior dos casos no nível básico de atenção, você acha que na área de saúde mental o PSF está conseguindo fazer isso ou não?) Eu acho que ainda tem muita dificuldade. Eu acho que uma coisa é por que a gente... vou falar por mim. Não tenho experiência nessa área, não tive uma formação específica nessa área, então é muito difícil. É diferente de você trabalhar com gestante. Até por que se você for ver entre as prioridades, eles trabalham

muito mais isso do que a saúde mental. A saúde mental, a impressão que eu tenho é que agora que ta, ta mudando, com Hospital-Dia, com o CAPS, né. E agora ta vindo essa coisa de descentralizar mesmo né. Por que os serviços básicos de saúde precisam ta trabalhando isso. A gente já ta trabalhando. Eu já trabalhei num outro serviço, que não se fazia o que já se faz aqui. Então assim, eu acredito que melhorou, mas eu acho que ainda falta um pouco de... Experiência, de formação, sabe. Pra gente ter uma segurança maior né, e pra resolver. Por que se a gente não sabe direito o que fazer, não vai resolver e vai encaminhar né. Ou a pessoa vai piorar, enfim, vai pra um quadro mais complicado que vai ter que ter uma referência né. (O que você acha que poderia ser feito pra melhorar essa relação, principalmente no fluxo de encaminhamentos, referência e contra-referência com a rede de saúde mental?) Então eu não sei dizer assim, qual que é o problema, que quê o serviço tem, se eles são muito sobrecarregados, ou que não tem vagas. Mas por exemplo, alcoolista, pessoas viciadas em droga assim, eu acho que isso pra mim é uma coisa que, se a pessoa veio aqui no Posto e quer, tem que ser uma coisa que você consegue encaminhar... Pra outro serviço né, e agora assim, pensando na resolutividade do posto, acho que a gente precisaria talvez ter mais capacitação mesmo né, específica. Mas aí eu acho tem delimitar o que quê seria da região, da Unidade Básica. Até que ponto, aí a gente vai encaminhar, Agora o problema que eu vejo que o encaminhamento é difícil pra psiquiatria, tem que mandar, todo mês eu mando. Eu preciso de tantas vagas, só que eu não tenho assim, ainda mais da UNESP que demora pra vir, no ARE vem... Mas não sei, talvez por que os serviços sejam sobrecarregados, eu não sei dizer nesses serviços o que acontece. (Até mesmo por que não é o papel de vocês dar conta de resolver tudo.) Não, nem é essa intenção eu acho, por isso eu acho que deveria ser bem definido, por que de repente esses serviços tá sobrecarregado, e ta atendendo uma depressão leve que poderia estar sendo passada no posto. Teria que ser delimitado o que vai ser de cada um. Por que às vezes ta sobrecarregando lá, e eu to aqui com um caso mais grave que eu não consigo cuidar, e eles estão com um leve lá que podia ta aqui, não sei, não sei dizer por que eu não conheço bem esses serviços (Por último, eu queria que você fizesse uma avaliação de como está a relação do PSF com a rede extra-hospitalar de saúde mental de Botucatu?) Então, eu acho que ta melhorando. Desde que eu to aqui, que fazem dois anos que nós inauguramos o posto, eu acho que um coisa que ajudou foi a vinda dessa equipe de saúde mental da Secretaria. E a gente acabou ficando então, começando com essa parceria a ficar um pouco mais voltado pra essa área. É uma necessidade, a gente tem casos né. Então eu acho que com esse grupo que a gente vai fazer, vai dando um pouco mais de experiência pra gente trabalhar... Então eu to vendo que ta, ta melhorando assim, eu acho que, agora eu não sei como... Que eu sinto muita dificuldade realmente é com a referência. Eu e a médica a gente tenta encaminhar e não consegue... E, então seria mais essa parte que eu acho que é mais difícil. Mas eu sinto que a gente ta evoluindo enquanto equipe de saúde da família pra essa área. Ainda... é pouquinho ainda, dando passinho de (risos), mas ta melhor do que uma coisa que não, a gente nem ta pensando nisso, ou não estamos nem. Então, a gente ta tentando, ta caminhando.

Anexo 8

(Artigo a ser submetido à avaliação da Revista Ciência & Saúde Coletiva)

**ENCONTROS E DESENCONTROS: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM SUA RELAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS E
DISPOSITIVOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL**

Meeting and Disagreement: The Family Health Program in their own with
the extra hospital services of mental health

Tiago Rocha Pinto*

Sueli Terezinha Ferreira Martins**

(PINTO & MARTINS, 2007)

* Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva E Departamento de Neurologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu e Programa de Pós-Graduação em Educação para Ciência, Faculdade de Ciências. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”-UNESP, Botucatu.

Resumo

A presente pesquisa visou investigar a relação estabelecida por meio do sistema de referência e contra-referência entre equipes da Estratégia de Saúde da Família, da equipe mínima de referência em saúde mental e dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental no município de Botucatu-SP. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com todos os coordenadores das oito equipes da ESF (Enfermeiros e Médicos), com os coordenadores dos oito serviços extra-hospitalares de saúde mental, além de um dos membros da equipe de saúde mental do município, totalizando 25 entrevistados. Os dados coletados foram analisados segundo a abordagem sócio-histórica, através da elaboração de núcleos de significação e de sentido de acordo com o método explicativo de Vigotski. Os resultados revelaram: Os Agentes Comunitários de Saúde e os familiares como grandes interlocutores do sofrimento psíquico; a ESF como local de escuta e acolhimento ao sofrimento psíquico que poderia intensificar as suas ações com um maior suporte institucional; a ausência de instrumentos específicos e de interlocução entre os serviços como empecilhos ao estabelecimento de uma rede integral de cuidado psicossocial; ausência de suportes interinstitucionais e de políticas públicas no atendimento integral às pessoas com sofrimento psíquico; a equipe mínima de referência em saúde mental como mediadora no fluxo dos encaminhamentos com a rede; a necessidade de maiores encontros/discussões como garantia de uma melhor relação entre os diferentes níveis; avaliação de que no momento essa relação é ruim e que poderia obter melhores resultados. Conforme o objetivo apresentado na presente pesquisa, constatamos que a relação das equipes da ESF com a rede de serviços extra-hospitalar em saúde mental é bastante frágil e insuficiente na adequação e realização do sistema de referência e contra-referência entre os mesmos. Apesar de contar com um bom quadro de equipamentos e possibilidades de ações, não tem conseguido circunscrever da melhor maneira possível o fenômeno do adoecimento psíquico numa rede integrada de atenção psicossocial.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família, saúde mental, rede de serviços e dispositivos substitutivos, referência e contra-referência, Saúde Pública, abordagem sócio-histórica.

Abstract

This study had examined the link among reference and counter-reference between FHS teams, about minimum reference's team in mental health and substitutive mental health services in the county of Botucatu-SP. Semi structured interviews were made with all the coordinators of the eight ESF (nurses and doctors), with all the coordinators of substitutive mental health services FHS team, and also members of mental health team of the county. The data collected were accessed according socio-historic approach, through meaning (significance) and sense core elaboration and according to the Vigotski explanatory method. Results showed: Public health agents and relatives as great of psychic suffering agents. FHS as listening location and welcoming psychic suffering, that could have improved its actions with a higher institutional support; the absence of specific working tools and interlocution among services as obstacles to the setting of a whole net of psychosocial care; absence of interinstitutional support and public policies of full

attendance to psychic suffering people; minimum mental health staff as mediator of the entrance flow with the net ; the need of greater meetings / discussions as a guarantee of a better relation among different levels; evaluation that today this relation is bad and could get better results. Basically on this research we want to prove the relation between FHS team with the extra hospital services on mental health is in fact very insufficient about adequation and realization on reference and counter reference it selves. Spite of the city counts on a good equipment and action possibilities; it hasn't been include in a good and possible way the psyquic illness phenomena on a real net of psychosocial care.

Key words – Family Health Strategy, mental health, substitutive services net, reference and counter reference, Public Health, social-historic approach.

A Saúde da Família no processo de mudança do modelo assistencial

Para a melhor compreensão dos objetivos e das problematizações nesse estudo, julgamos pertinente, num primeiro momento, traçar um percurso que colocasse em evidência a construção da Estratégia Saúde da Família e suas ações e possibilidades diante dos fenômenos psicológicos. Em seguida, consideramos necessário ressaltar as novas modalidades de cuidado em saúde mental, bem como as pactuações e articulações necessárias para a construção de um trabalho em rede tendo como pano de fundo a questão da integralidade do cuidado.

O Programa Saúde da Família (PSF) emerge num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde e apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da Atenção Primária, a partir de um conjunto de ações em consonância com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecimento (TRAD & BASTOS, 1998).

Criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, o PSF, apresenta características estratégicas para o SUS, apontando possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes (PEDROSA & TELES, 2001). Isto tem possibilitado a integração e organização de ações de saúde, assim como a integração de distintos campos de conhecimento, além de possibilitar o desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

Isso nos é clarificado, ao observarmos que o PSF tem por objetivo ser uma nova estratégia na assistência, centralizando seus esforços na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (BRASIL, 2001) “o que vêm possibilitar às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas” (p.5). Entende-se que o PSF representa uma mudança no modelo assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade (TRAD & BASTOS, 1998).

A nova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para sua organização, reafirma o PSF enquanto estratégia de reorganização da atenção básica no Brasil, e aponta como seus principais fundamentos: possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde com território adscrito; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; garantir a continuidade das ações de saúde e a

longitudinalidade do cuidado; formação e capacitação constante de seus profissionais; participação popular e controle social, além de organizar o fluxo de usuários, visando a garantia de referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da atenção básica (BRASIL, 2006).

O PSF tem possibilidades e estratégias para realizar a mudança no modelo assistencial, mas verifica-se a necessidade de se flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como não conscientizar somente os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada. É necessário também, conscientizar os gestores e a população da importância da sua participação no planejamento das ações uma vez que é um trabalho de parceria PSF/ Família/ Comunidade (ROSA & LABATE, 2005), pois a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde (ALVES, 2005).

Atenção à Saúde Mental na Rede Básica de Saúde

A Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) e a Declaração de Caracas (1990) trouxeram em seu bojo, a idéia de reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à Saúde, ressaltando a importância da promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção da pessoa com sofrimento psíquico em seu meio social, sendo que o hospital psiquiátrico deixa de ser o componente central da atenção psiquiátrica e propõe que os serviços comunitários passem a ser o principal meio para se ter o atendimento.

Negligenciada por demasiado tempo, a Saúde Mental é entendida hoje, enquanto essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, devendo ser universalmente encarada sob uma nova perspectiva (OMS / OPAS, 2001). Com isso, o manejo precoce e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária, possibilitam a um maior número de pessoas ter um acesso mais fácil e rápido a estes serviços, proporcionando não só uma atenção melhor, como reduzindo o desperdício com exames supérfluos e impróprios.

Embora a atenção primária ainda se encontre à sombra das luzes da reabilitação, não seria fora de propósito afirmar que é justamente da agilidade e do potencial resolutivo deste primeiro filtro que depende toda a organização dessas novas modalidades assistência...“Além do fato óbvio que as ações assistenciais no nível secundário podem abortar seu indesejável desdobramento – a internação tradicional” (GIORDANO & PEREIRA, 1996, p.240).

Mas os desafios são enormes, e podem ser resumidos em duas palavras – chave: a garantia do acesso (a rede ainda é muito insuficiente para a magnitude da demanda, e aqui a atenção básica deve ser prioridade para 2006), e a consolidação do modelo que só se conseguirá quando a atenção psicossocial no território tornar-se de fato efetiva e de qualidade (BRASIL, 2005).

Por atuar com a lógica da desinstitucionalização com maior ênfase no vínculo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) também é adequada para trabalhar a saúde mental na atenção básica, estando suas equipes engajadas no dia-a-dia da comunidade, incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população. A ESF torna-se assim, uma importante estratégia para a reinserção da pessoa com sofrimento psíquico, a partir do momento em que os profissionais percebem as

famílias como responsáveis pela saúde de seus membros e não como uma simples cumpridora das determinações dos profissionais de saúde (ROSA & LABATE, 2003). Contudo, o atendimento à pessoa com sofrimento psíquico na ESF parece repercutir um distanciamento no envolvimento dos profissionais com os mesmos, num momento em que a humanização da assistência vem sendo a peça fundamental para a mudança do modelo assistencial, a que se deva em parte a uma temática bastante complexa e pouco desenvolvida, devido a falta de treinamento e/ou conhecimento específico sobre o assunto.

O que se preconiza é que se deva garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes de saúde da família, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência que podem ser específicas ou aquelas dos serviços de saúde mental já existentes (BRASIL, 2005).

A Configuração dos Modelos Substitutivos em Saúde Mental numa nova relação de cuidado.

De acordo com a Política de Saúde Mental, o governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede de serviços em saúde mental, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica; implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; o programa “De Volta Para Casa”; manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; garantir tratamento de qualidade à pessoa com transtorno mental infratora (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria) (BRASIL, 2004).

Guimarães, Torre e Amarante (2001), colocam que é necessário forjar um novo conceito no lugar de doença, um novo objeto que reavalie o fenômeno da loucura, sem escamotear sua complexidade ao mesmo tempo em que impeça ser ela, a loucura, capturada na doença. O trajeto que compreende a saída da condição de sujeitado, marcado por exames clínicos e diagnósticos psiquiátricos, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que lute para produzir a cidadania para si e seu grupo, passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia, ao invés da cura, incitação à emancipação e desconstrução da relação de tutela.

Este novo tipo de cuidado implica em investir na capacidade de emancipação do indivíduo, em operar suas próprias escolhas e em seu potencial de estabelecer suas próprias significações pautadas em sua história e de forma singularizada. “O desafio é o aumento do seu poder contratual, da possibilidade de ampliar seu potencial de trocas sociais. Sendo assim, o respeito à singularidade é premissa fundamental” (ALVES; GULJOR, 2004. p. 229).

O interesse pela reabilitação nasce de uma exigência precisa de responder à demanda de “entretenimento extramanicomial” e, em alguns casos, de melhora da qualidade de assistência de grandes massas de pacientes: para oferecer às famílias um tempo diário de alívio na gestão da pessoa com transtorno mental (PTM), para controlar a PTM que vive só, para lhe oferecer uma alternativa à solidão diária, para tentar uma inserção dela no mundo produtivo, para apoiá-la na vida habitacional, para auxiliar nas intervenções psicoterápicas e farmacológicas (SARACENO, 2001). A cidadania do

usuário de serviços em saúde mental não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos consubstanciais, e é dentre de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível.

A desconstrução das práticas manicomiais, perpassam pela produção de dispositivos em que uma situação de desvalor possa-se passar por experimentações e mediações, atribuindo certos valores a capacitar a pessoa com sofrimento psíquico para o intercâmbio de trocas sociais, mudando sua condição de desvalor natural para um valor possível. Dessa forma, “reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar sua autonomia” (KINOSHITA, 1996, p.56).

O que tem se constatado até o presente momento, é que a criação de serviços substitutivos ao aparato manicomial não tem acompanhado o fechamento do número de leitos psiquiátricos na mesma proporção. Outro fator a ser mencionado, é a ausência ou a incipiência dos cursos de graduação que não contemplam a história de desinstitucionalização em sua formação, como também não capacitam seus alunos para uma atuação condizente ao que se espera nesses novos dispositivos. Por sua vez, o poder da “indústria da loucura”, manifestado principalmente pelos hospitais psiquiátricos particulares e indústrias farmacêuticas, ainda colocam inúmeros entraves a concretização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que nos faz pensar, que existem ainda muitas questões das quais o Movimento da Luta Antimanicomial e a sociedade devem se preocupar e se mobilizar.

O Sentido de uma rede de Atenção Integral à Saúde Mental

O curioso e delicado ofício de tecer exige técnica, conhecimento e criatividade. Entretanto este tear, em que são tecidas potencialidades de vida, de enfrentamento às situações-problema é um tear coletivo, em que a assimetria no tempo, a habilidade criativa, o conhecimento, o ritmo e as expectativas de cada um carecem de um balizador que entrelace as diferenças. “Uma trama interdependente, circunscrita, pois com identidade própria; trama que exige comunicação comunitária e solidária. Um pacto de referência e contra-referência, emoldurando um movimento de cuidado e valorização” (LOPES, 1999, p. 46).

A mudança de modelos na assistência à saúde mental faz-se necessária e traz em seu bojo a convicção da necessidade de formulação de outros modelos conceituais, além da reformulação das próprias instituições, principalmente àquelas que lidam com a pessoa com transtorno mental e implicam a implementação de uma nova política de saúde. (VIETTA et al, 2001).

Sobre a natureza do objeto “rede”, uma dupla leitura torna-se indispensável: como organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos. (HARTZ & CONTADRIPOULUS, 2004).

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte) econômicos (dinheiro, previdência), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Sabe-se que uma estrutura celular não seria capaz de satisfazer toda a sua demanda genérica. Por isso, Filho e Nóbrega (2004) vislumbram que esta rede deve diversificar e integrar suas intervenções e recursos humanos e materiais de modo a poder atender, ao menos, a maioria dessas demandas, no conjunto das estruturas celulares. Situação que pode contribuir para o crescimento da rede e para a promoção das conversões das demandas advindas das instituições totais, gerando um novo circuito de demandas e intervenções mais condizente com o processo desinstitucionalização, subjetivação, liberdade e cidadania dos usuários.

Condizente com este movimento foi reafirmado na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que é preciso exigir que o Ministério da Saúde e governos estaduais e municipais incluam a saúde mental nas Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) como prioridade na atenção básica. Além disso, é importante que definam estratégias a partir das necessidades dos usuários de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, assegurando que os municípios tenham equipe de saúde mental na rede, serviços substitutivos de saúde mental, garantindo o sistema de referência e contra-referência, assim como promover a integração dos serviços de saúde de forma a garantir a assistência integral dos usuários de saúde mental (BRASIL, 2002).

Da mesma forma Conill (2002) relata que os problemas no acesso, decorrentes do quantitativo insuficiente de recursos humanos e as dificuldades na referência, determinam uma situação como das mais relevantes. A barreira de acesso pode vir a dificultar as vantagens obtidas nos demais itens da integralidade, impedindo a realização do menos complexo por falta de tempo (prevenção, visitas), com isso, havendo problemas de referência para especialidades, o mais complexo torna-se difícil e a qualidade prejudicada.

No presente estudo, alguns questionamentos foram fundamentais para ajudar a nortear a investigação na compreensão de como a ESF tem atuado com problemáticas da saúde mental. Diante de tantas recomendações e da diversidade de ações presentes no nível básico de atenção, será que a saúde mental tem sido objeto de intervenções específicas? Será que os conhecimentos e ações existentes estão proporcionando às equipes da Saúde da Família, a uma maior racionalização do uso de tecnologia, através de uma maior resolutividade de casos neste nível de atenção?: Será que a falta de interlocução entre os diferentes dispositivos de atenção à saúde mental, bem como a adequação de instrumentos compatíveis com uma organização em rede, comprometem o atendimento integral às pessoas em sofrimento psíquico? Será que é possível ordenar a organização em rede de saúde mental a partir da atenção primária?

Trajetória metodológica

Diante destes questionamentos, buscou-se investigar a relação estabelecida por meio do sistema de referência e contra-referência entre equipes da Estratégia de Saúde da Família, de uma equipe mínima de referência em saúde mental e dos serviços e dispositivos substitutivos de saúde mental, de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com todos os coordenadores das oito equipes da Saúde da Família (Enfermeiros e Médicos), com os coordenadores dos oito serviços e dispositivos de saúde mental, além de um dos membros da equipe de saúde mental do município. Os dados coletados foram analisados segundo a abordagem sócio-histórica, através da elaboração de núcleos de significação e de sentido de acordo com o método explicativo de Vigotski.

Com base em estudos anteriores (Lane, 1996; Aguiar, 2001; Aguiar e Ozella, 2006; Vecchia, 2006; Vecchia e Martins, 2006), e tendo a palavra com significado como unidade de análise, têm-se a base para criação dos “núcleos de significação do discurso”. Com isso, busca-se de temas e questões centrais relatadas pelo sujeito, entendidas mais enquanto aquelas que geram motivação, emoção e envolvimento do que por sua frequência no relato.

Para construção de cada núcleo de significação foi necessária uma série de sistematizações dos dados coletados com cada um dos vinte e cinco entrevistados da presente pesquisa. Cada entrevista foi organizada a partir de algumas normas de validade, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência frente aos objetivos do trabalho (MINAYO, 2004) que serviram de ponto de partida para confrontação com os outros relatos.

Segundo Aguiar (2002), o passo seguinte à criação dos núcleos é a sua análise propriamente dita. Para isso, devem ser apreendidas as determinações que constituíram tais formas de significar, suas motivações e necessidades, para com isso, poder compreender a produção dos sentidos presentes nesses discursos, buscando suas determinações, contradições e relações. No entanto, somente as explicações na história do indivíduo (intradiscurso) não podem levar às determinações constitutivas dos sentidos, ou seja, sua produção, a forma com que o sujeito configurou subjetivamente a realidade social.

Apresentação dos resultados

Podemos constatar quanto aos coordenadores dos serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental, que 3 dos 5 profissionais, ou 37,5%, são formados por Médicos Psiquiatras, e que os outros 62,5% são formados por outros profissionais não médicos da área da saúde (2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais e 1 psicólogo). Da mesma forma à equipe mínima de referência em saúde mental, era composta por um psicólogo e uma assistente social, e apenas recentemente, foi incorporada na assistência uma nova equipe, também composta por estes mesmos profissionais. Esses dados, também revelam a conquista de espaços e a valorização do trabalho multidisciplinar em serviços de saúde mental, como ampliação do modelo biomédico de intervenção (BRASIL, 2006).

Outro dado investigado foi se esses profissionais possuíam qualificação ou especializações em saúde mental. Das Enfermeiras, 62,5% relataram ter realizado o Curso de Prescritores de Psicotrópicos oferecido pela DRS VI, além de outros cursos de pequena duração, assim como o membro da Equipe de Saúde Mental. Já 37,5% além de não possuírem nenhuma formação específica em saúde mental, relataram também possuir pouca experiência de atuação em PSF. Entre os médicos, 50% declaram possuir cursos e/ou especializações em saúde mental, e 50% referiram não ter nenhuma formação complementar além da oferecida na própria formação, a exemplo das residências. Já no caso dos Coordenadores dos serviços, 50% referiram ter cursos pequenos em saúde mental, embora atuem diretamente nessa área, e o restante, qualificações mais especializadas, como: Aprimoramento, Mestrado, Doutorado, entre outros.

Verificou-se também, junto aos coordenadores das equipes de Saúde da Família, quais eram as demandas mais frequentes relacionadas ao sofrimento psíquico em suas

áreas de abrangência, e de forma unânime, todos apontaram o alcoolismo e drogadição em homens e quadros de ansiedade e depressão em mulheres como as problemáticas mais prevalentes enfrentadas pelas equipes na atenção básica. Muitos pontuaram também, a ligação entre esses dois quadros, dado a observação de que muitas das queixas dessas mulheres estavam relacionadas com a dependência de substâncias de seu companheiro. De forma geral, referiram estar conseguindo acolher na própria Unidade esses casos, exceto em situações mais agudas e de outros quadros mais isolados que demandavam uma atenção mais especializada.

A seguir, com base na categorização dos dados analisados, foram identificados núcleos de significação comum no discurso dos profissionais pesquisados, bem como a exploração dos diversos sentidos existentes na singularidade dos relatos. As possíveis diferenças, semelhanças e contradições observadas no cruzamento dos dados entre as diferentes funções e categorias profissionais serão explicitadas e discutidas quando se mostrarem pertinentes.

A própria construção dos núcleos e o nome dado a cada núcleo já constituíram um movimento de análise, uma vez que estes agregam e expressam questões intimamente relacionadas e relevantes para a compreensão dos aspectos pesquisados, portanto, organizadores das falas expressas pelos sujeitos (AGUIAR, 2002).

De modo geral, foram definidos oito núcleos de significação, bem como foram explicitadas a pluralidade de sentidos presentes nos relatos dos entrevistados, que estão apresentados de forma mais sistemática abaixo:

Análise de significados e sentidos

Inicialmente, foi possível estruturar o primeiro núcleo de significação como sendo – *Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os familiares como interlocutores do sofrimento* psíquico – O trabalho de levantamento dos casos de saúde mental nas diferentes áreas de abrangência do PSF foi realizado em sua grande parte pelos ACS, através das visitas domiciliares na época do cadastramento familiar. Dessa forma, seja através da conversa com a própria pessoa com transtorno mental ou pelo que era referido por um familiar na casa, o ACS colocava-se como interlocutor e agenciador das demandas dessas pessoas com os demais membros das equipes.

Alguns profissionais denotam um sentido de que o trabalho realizado pelos ACS por si só garantiu a aquisição das informações necessárias sem questionar um possível subdimensionamento desses casos. Já outros, demonstram que esse trabalho possui falhas, dado que a coleta dessas informações não foram destinadas exclusivamente à saúde mental, assim como já estavam inscritas sob outros olhares, como no caso dos familiares. Constatamos também uma outra preocupação, a de que os familiares das pessoas que sofrem psiquicamente também adoecem, pois são eles muitas vezes, os responsáveis pelos primeiros cuidados. O próprio membro da equipe mínima de referência em saúde mental demonstra que na ausência de retaguarda no nível mais especializado, o ACS coloca-se como elo importante na transmissão de informações que vão para além de sua própria Unidade.

O segundo núcleo de significação definido foi – *A relação pontual com a rede, restrita ao acompanhamento medicamentoso e em altas psiquiátricas hospitalares* - Aqui, tanto médicos (as) quanto enfermeiros (as), explicitaram a ausência de uma maior integração com os serviços de referência em saúde mental, que muitas vezes os impedem de desenvolver um acompanhamento mais detido dos casos, como também, definir um projeto terapêutico adequado para os moradores de sua área de abrangência.

Nos relatos ficou evidenciado que a ESF cumpre um papel importante nos casos de saúde mental, seja no acompanhamento clínico e medicamentoso como no acompanhamento de retorno após períodos de reclusão no hospital psiquiátrico. Aqui também prevalece, a conotação de diversos sentidos ao trabalho de integração dos equipamentos de saúde mental com as UBS e com as equipes da ESF. Em alguns relatos, fica demonstrada a ausência ou a insuficiência dessa articulação enquanto fatores de descontentamento, dado que a contra-referência tem se resumido apenas às enviadas após a hospitalização psiquiátrica. Já em outro discurso, ressalta-se o controle rigoroso da equipe no acompanhamento medicamentoso, sem, no entanto, apresentar nenhum aspecto desfavorável nesta relação e no cumprimento desse papel.

Por sua vez, os coordenadores dos serviços e dispositivos substitutivos, mostram que essa integração no caso dos usuários que já vinham sendo acompanhados foi incipiente, restrita às UBS com maior contato e facilitados por relações de amizade. Em seus relatos também percebemos a assunção de sentidos diversos nesta questão. Em algumas falas, repousa o entendimento de que embora não exista de fato essa articulação, o PSF é vislumbrado como local favorável ao desenvolvimento de ações, muito embora não esteja definido como isso deva ser concretizado. Outro discurso denota que esta articulação com a atenção básica já é uma realidade apesar de não se manter o tempo todo. Entretanto, também há apontamentos de que é a questão dos entraves existentes ao estabelecimento desta interlocução, como a aceitação do novo e rompimento com padrões de conduta cristalizados.

Compreendemos aqui, que tanto os coordenadores das UBS quanto dos serviços da rede entendem a insuficiência e descontinuidade de uma articulação, que poderia surtir melhores resultados para ambos os lados. Tal dificuldade de interlocução entre as pontas tem corroborado muitas vezes, na incompreensão das condutas, num sub aproveitamento dos possíveis recursos da atenção básica, como também, na inadequação das propostas terapêuticas aos usuários do sistema, submetendo-os a cronificação de seu sofrimento e a internações desnecessárias que poderiam ter sido evitadas.

A equipe mínima de referência em saúde mental como mediadora na organização do fluxo dos encaminhamentos, foi o terceiro núcleo de significação identificado. A carência de interlocuções mais efetivas entre os próprios profissionais dos serviços, assim como um trabalho mais ativo junto às equipes, tem colocado a equipe mínima de saúde mental como grande articuladora das demandas e necessidades levantadas pelas equipes na atenção básica com os outros níveis mais especializados.

Tanto os coordenadores das equipes de saúde da família quanto dos serviços especializados destacaram a equipe mínima de saúde mental como fundamental na mediação entre os níveis, porém, dando sentidos diversos ao seu papel nesse processo. Em alguns relatos, apesar de destacarem a importância da equipe, explicitaram a necessidade

de um maior número de profissionais da equipe, como a figura do Psiquiatra ou mesmo, um maior número de equipes dando esse apoio matricial. Demonstram compreender também as suas limitações e excesso de demandas que as equipes recebem. Outro sentido pode ser encontrado em outro relato que também afere à equipe mínima esse papel de apoio, embora enquanto uma possibilidade de atuação que ainda não se concretizou. Já outros pesquisados, colocam a equipe mínima como fundamental, tanto na agilização de encaminhamentos para outros níveis, como na instrumentalização dos profissionais para o desenvolvimento de ações em saúde mental na própria Unidade. O próprio membro da equipe mínima de referência em saúde mental também reconhece o seu papel na mediação das demandas da ESF com os serviços, destacando a sua interferência na agilização do processo de encaminhamento.

Outro dado constatado é que grande parte dos coordenadores compreende e experencia a ESF como *locus* estratégico para o desenvolvimento de ações em saúde mental, mas que ainda necessita de uma série de fatores para alcançar as suas plenas capacidades e possibilidades de atuação. Dessa forma, foi identificado como quarto núcleo de significação: *A ESF como espaço de escuta e acolhimento ao sofrimento psíquico que poderia intensificar as suas ações com uma maior retaguarda institucional.*

Mesmo estando sob esta mesma significação, a diversidade de sentidos está presente nos relatos abaixo. Profissionais da ESF têm o desejo e sentem a necessidade de desenvolver ações de saúde mental na própria Unidade, entretanto, referem não ter tido uma boa formação, nem tão pouco, uma capacitação e apoio governamental para tanto. Além disso, destacam a ausência de vagas e retaguarda no nível secundário de atenção, o que em muitas ocasiões, colocou o Pronto Socorro como única alternativa possível, levando a internações que poderiam ter sido evitadas. Fica evidente a postura de que o PSF já representa um avanço para o SUS, e caracteriza-se enquanto espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações em saúde mental, o que pode ser mais benéfico para as pessoas do que ser submetida a uma medicalização excessiva e muitas vezes desnecessária. O membro da Equipe mínima também vincula o sucesso das ações em saúde mental na ESF a fatores de qualificação e experiência dos profissionais, ressaltando que já houve melhoras significativas nas condutas dos mesmos.

Quanto ao relato dos coordenadores dos serviços especializados, percebemos uma conotação de sentido um pouco diferente da dada pelos outros profissionais. Os serviços, em sua maior parte, reconhecem o potencial e possibilidades da ESF, mas desconhecem seus recursos e ações que já estão sendo desenvolvidas, o que tem tornado difícil esta articulação em rede. No mais, reconhecem que nem sempre a medicalização de todo e qualquer sofrimento psíquico é a melhor alternativa, desde que haja a possibilidade e conhecimento das opções de apoio psicossocial em outros espaços.

Verificaram-se, também, discordâncias quanto ao conhecimento entre membros de uma mesma equipe em relação às ações em saúde mental que estão sendo desenvolvidas na sua própria Unidade, bem como, no que se caracteriza tal tipo de intervenção. Cerca de 50% das equipes, relataram já desenvolver algum tipo de trabalho, como: grupos de Alcoolistas; grupos direcionados a quadros ansiosos e depressivos em mulheres; grupos de atividades manuais; grupos de caminhada e grupos voltados a hipertensos e diabéticos. Já o restante, referiu não desenvolver nenhuma ação além do atendimento clínico, ou que estão em fase de formação desse tipo grupo pelo suporte da equipe mínima de saúde

mental. Quanto a isso, foi constatado ainda, que as equipes que possuem uma maior capacitação em saúde mental, bem como um maior aporte de tecnologia, têm conseguido acolher o sofrimento psíquico na própria Unidade.

Como quinto núcleo de significação, e também bastante mencionado pelos pesquisados, foi a ausência e a necessidade de recursos comunitários como retaguarda no próprio bairro, vistos como aliados na atenção e no cuidado integral a pessoa com sofrimento psíquico. Dessa forma, postulou-se o núcleo: *A ausência de rede social no apoio a ESF*.

Apesar de referirem a importância e a necessidade de outros dispositivos auxiliares no bairro, as falas demonstram diversas atribuições de sentido dado a este recurso. Nota-se desde aqueles, que desconhecem totalmente qualquer forma de organização civil no bairro, apesar de pontuar a necessidade de uma rede paralela, aos que embora conheçam, mas não conseguem estabelecer uma relação interativa. Há outros relatos, que também explicitam a sua importância, mas vêm empecilhos em formar uma interação maior, como: as dificuldades de acesso; trabalhos inconstantes e dirigidos por voluntários; ausência de supervisão, bem como precariedade de instalações. Outro relato, já coloca a população local como acomodada para uma mobilização maior o que dificulta este tipo de articulação. Outros entrevistados, além de ressaltarem estas questões, manifestam também preocupações quanto ao fato desta ausência na determinação e manutenção do sofrimento psíquico.

Outro núcleo de significação a ser destacado é a – *Importância de políticas públicas na organização de uma rede em saúde mental* – Além desses fatores que já foram aqui mencionados em muitos relatos, foi ressaltado o papel de políticas públicas e da gestão em suas diferentes instâncias como fundamentais para o sucesso e na qualidade dos serviços prestados, como na dinamização do fluxo e interlocução da ESF com os outros níveis de atenção.

Como iremos perceber, também há uma pluralidade de sentidos conferidos às políticas públicas, como indispensáveis na organização e pactuação de uma rede de saúde mental. Apresentam-se concepções, de que embora a ESF tenha trazido avanços na assistência, o seu papel não pode ser supradimensionado pelos governantes como a solução de todas as mazelas da saúde pública brasileira: Figura também, a concepção de que essas dificuldades repousam na ausência de atenção municipal nos níveis secundários e terciários que, no município, estão em sua maior parte sob responsabilidade do Estado, dado que o município pesquisado não detém a Gestão Plena do Sistema de Saúde, o que torna difícil uma adequação que atenda a diferentes interesses. Em outras colocações, são destacados os entraves existentes que impedem as equipes da ESF em conseguir promover uma maior racionalização do uso de tecnologia e conseqüente resolutividade no nível básico, como: falta de investimentos e apoio para realização de capacitação e desenvolvimento de ações em saúde mental na Unidade que fuja do modelo tradicional de intervenção; demora na implantação de equipes matrizes de apoio, bem como a insuficiência dos profissionais existentes no enfrentamento das demandas de todas as equipes.

Como sétimo núcleo de significação está – *A fragilidade e precariedade da articulação interinstitucional ESF – rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde*

mental – Em praticamente todos os relatos, foi possível perceber o desejo mútuo das equipes das ESF e dos serviços em estabelecer uma maior integração da rede em saúde mental, seja através de maiores discussões, encontros, ou mesmo pelo uso de protocolos mais definidos e pactuados para otimização desse fluxo, que não se resumam à equipe mínima como cumpridora desse papel.

Abaixo estão alguns dos maiores obstáculos apontados para a concretização de uma organização em rede em saúde mental, sem, no entanto, ter um sentido único para todos profissionais. Temos nesses trechos, a constatação desse desejo mútuo dos profissionais das duas pontas, em estabelecer uma melhor relação como garantia na oferta de atendimento integral às pessoas com sofrimento psíquico. Constata-se que esta integração tem sido estabelecida mais satisfatoriamente entre os profissionais que já possuíam um contato prévio formalizado e facilitado por relações de amizade. Outros ilustram a ausência de conta-referência dos serviços especializados, que também é referida como um dos grandes motivos de insatisfação e até mesmo gerador de sofrimento nos próprios profissionais das UBS. Em outras falas, fica evidenciada a necessidade de utilização e adequação de instrumentos específicos para a saúde mental como fundamentais na definição de competências entre os níveis, como também, na otimização dos recursos da saúde. Quase em sua totalidade os coordenadores manifestaram a necessidade de maiores espaços de discussão, maior periodicidade desses encontros e principalmente cada equipamento conhecer e saber das possibilidades e limitações do outro.

Como último núcleo de significação está a avaliação feita pelos pesquisados quanto às vivências na organização desta rede em saúde mental. Com isso, chegou-se a formulação de que – *A relação existente é pouco interativa e poderia melhorar*. De forma unânime, todos os coordenadores avaliaram que a relação da ESF com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental é falha, sem, no entanto, apresentar homogeneidade na compreensão e no sentido dado a estas problemáticas. Alguns profissionais denotam que esta falha reside no desconhecimento das possibilidades de intervenção e de aporte de tecnologia, o que acaba contribuindo para a baixa resolutividade dos casos na atenção básica, como também nos encaminhamentos equivocados e desnecessários. Eq Sm aponta que apenas o CAPS, tem estabelecido uma articulação direta com a ESF, ficando a cargo da equipe mínima driblar a burocracia e ausência de vagas nos outros serviços. Além disso, constatamos também outras concepções, que revelam que a relação mostra-se boa, pois não são colocados em evidência os nós existentes, evitando dessa forma possíveis embates e divergências.

Outro dado que embora não tenha se configurado como um núcleo de significação homogêneo à maioria dos discursos e que merece ser aqui destacado, é a compreensão da multi-determinação do sofrimento psíquico em alguns momentos, como também certa psicologização de determinados problemas sociais em outros. Em alguns relatos isso se evidenciou, na medida em que apresentavam fatores sócio-econômicos e afetivos como condicionantes da saúde mental dos moradores de seus bairros, como: conflitos familiares e conjugais; condições precárias de moradia; desemprego; ausência de entretenimento e lazer, entre outros. Tal constatação pode revelar, que mesmo entre aqueles que manifestaram suas angústias frente ao trabalho com pessoas acometidas por sofrimento psíquico, possuem mesmo sem uma formação e capacitação adequada, certa sensibilidade e discernimento para compreender o processo saúde-doença de uma forma ampliada.

Entretanto isso não tem corroborado numa diminuição das preocupações no trabalho com esse tipo de população, dada a ausência de uma escuta mais qualificada nesse tipo de situação.

Considerações finais

Assim como em muitos municípios brasileiros a implantação da ESF nesse município é um fato recente, e se deu em algumas áreas antes restritas ao acesso à saúde, trazendo com ela, inúmeras questões, conquistas e dificuldades que se fazem presentes em sua organização e modo de operacionalização. No que tange a sua organização em rede com outros equipamentos de saúde, estas problemáticas também se apresentam, demonstrando que a verdadeira mudança do modelo assistencial só se tornará factível quando as parcerias PSF – Gestores – Serviços e Comunidade estiverem estabelecidas e em funcionamento.

Conforme o objetivo apresentado na presente pesquisa, constatamos que a relação das equipes do PSF com a rede de serviços extra-hospitalar em saúde mental é frágil e insuficiente na adequação e realização do sistema de referência e contra-referência entre os mesmos. Tal fato tem dificultado o estabelecimento de uma nova cartografia da saúde mental no município que, apesar de contar com um bom quadro de equipamentos e possibilidades de ações, não tem conseguido circunscrever da melhor maneira possível o fenômeno do adoecimento psíquico numa rede integrada de atenção psicossocial.

A rede como estratégia e processo que coloca em ato a desinstitucionalização, como contraponto a fragmentação sistêmica dos serviços e à verticalidade dos fluxos, às respostas inflexíveis, seletivas e padronizadas deve ser vislumbrada e efetivada. Mas antes de tudo, a rede como sistema de trocas vivas, de conhecimento, de afetos, materialidades diversas, recursos, compromissos e responsabilidades, com múltiplos pontos de entrada em abertura permanente, incorporando recursos e atores, tecendo raízes no território, ainda necessitará de muitos avanços e encontros para que os desencontros sejam minimizados e superados em prol dos que dela mais necessitam, os usuários da saúde mental.

Referências bibliográficas

- Aguiar, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001, p. 129-140.
- Alves, D. S.; Guljor A P. O Cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS. R.A (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec, 2004, 320p.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde mental no sus: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004b, p. 9-84.

Brasil. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002**, Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5.ed, ampl. Brasília, 2004b. 340p.

Brasil. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.1, p.1-15, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família (PSF)**. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. **Relatório final da III conferência nacional de saúde mental**. Brasília, 2002. 213p

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde mental no sus**. Informativo da Saúde Mental. Brasília, 2005. v.4, n.21.

Breda, M.Z.; Augusto, L.G.S. Cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.471-480, 2001.

Campos, F.C.B. O lugar da saúde mental na saúde. In: CAMPOS, F.C.B. (Org.) **Psicologia e Saúde** – repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 47-57.

Conill, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18 (supl), p. 191-202, 2002.

Del Bem, et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.5, p. 470-476, 1999.

Filho, N.G.V., Nóbrega, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.9, n.2, p.373-379. 2004.

Giordano, J.R., Pereira, L.M.F. Saúde mental. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B (Orgs.) **Saúde do adulto**. programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996, 290p.

Guimarães, E.M.; Torre, E.H.G.; Amarante, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

Hartz, Z.M.A., Contandriopoulos, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, (supl.2), p.73-85, 2004.

Kinoshita, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.55-59.

Lopes, I.C. A contribuição paulistana à reforma em saúde mental brasileira. A construção de uma política de saúde mental antimanicomial. In: VIEIRA, M.C.J.; VIVENTIN, M.C.G.; FERNADES, M.I.A. (ads) **Tecendo a rede: Trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999, p.27-76.

Lane, S. T. M. Estudos sobre a consciência. **Psicologia & Sociedade**. v.8, n.6, 1996, p.95-105.

Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. 269p.

OMS (Organização Mundial de Saúde), OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). **Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília, 2001, 172p.

Reis, C.C.L; Hortale, V.A. Programa saúde da família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.492-501, 2004.

Saraceno, B.; Ascoli, F.; Tognoni, G. **Manual de saúde mental**. Guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec, 1994, 83p.

Saraceno, B. **Libertando Identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Instituto Franco Basaglia, 2.ed., Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2001. 178p.

Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.9, n.1, p.25-59, 2002.

Trad, L.A B. ; Bastos, AC de S. O impacto sócio-cultural do programa saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14 n.2, p.429-435, 1998.

Vecchia, M.D. **A saúde mental no PSF: estudo sobre práticas e significações de uma equipe**. 2006. 88f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

Vecchia, M. D.; Martins, S.T.F.M. O fardo e pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**. V.11, n.2. p.159-168.

Vigotski, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, 496p.

Vigotski, L.S. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003, 191p.

Vigotski, L.S. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In: _____. **Obras escogidas III.** Madrid: Visor Dist, 1995, p.47-119.