

**Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Ciências Médicas  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde**

**A Saúde Mental na Atenção Básica:  
Uma saída para o sofrimento psíquico?**

**Discussão a partir da inserção na assistência e gestão de  
uma Unidade Básica de Campinas, SP**

**Supervisores: Rosana Onocko Campos  
Juarez Pereira Furtado  
Aprimoranda: Cristiane Ramos de Matos Marçal**

**Campinas  
Fev / 2007**

*“Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feiúra tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Daí que insista na problematização do futuro e recuse sua inexorabilidade.”*  
Paulo Freire – *Pedagogia da Autonomia*

Este trabalho pretende apontar algumas questões para reflexão, sobre a Saúde Mental na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Essa reflexão se dará a partir da experiência de inserção de uma psicóloga na assistência em saúde mental (SM), e na gestão da unidade básica Centro de Saúde Aeroporto (CS Aeroporto), do Distrito Sudoeste de Campinas, SP.

Essa inserção se deve a realização, durante um ano, do Aprimoramento em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde, no Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Universidade de Campinas - Unicamp.

Ao realizar o levantamento bibliográfico para produção deste trabalho, ficaram mais claras as influências históricas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e as especificidades do município de Campinas, que hoje constituem as características da rede de Campinas. Ficou claro o contexto histórico de alguns de seus problemas cruciais, e de seus sucessos na atenção e organização dos serviços.

A questão que se colocou, então, é a necessidade de um retorno a essas origens, uma retomada das determinações histórico-político-sociais, para se enfrentar problemas e dificuldades antigas, e se poder avançar num contexto político e econômico desfavorável, de avanço do projeto neoliberal de desmonte do SUS, como política garantida pela Constituição Federal de 1988, art. 196:

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação...”*

Este trabalho, portanto, pretende fazer algumas reflexões sobre o papel das equipes de SM na rede básica, como principal porta de entrada e de acolhimento do sofrimento psíquico, questionando qual a sua capacidade resolutiva, seu diálogo com a rede e qual assistência se pretende fazer neste espaço.

## **SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL HOJE**

As experiências de atendimento, acolhimento das demandas de SM na rede básica é algo constatado por 56% das equipes da saúde da família (Brasil, 2003). Os dados epidemiológicos apontam para 3% da população necessitando de cuidados contínuos (portadora de transtornos mentais severos e persistentes) e que 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves), mas enfatizando que isso não significa de menor complexidade. Nesses dados tem-se ainda que de 6 a 8% da população necessite de algum cuidado, decorrente do uso prejudicial do álcool ou outras drogas.

No total, em torno de 20 milhões de pessoas no país demandam por algum tipo de atenção na área de SM. Soma-se a isso o sofrimento subjetivo relacionado a outros problemas de saúde, como o próprio adoecer, por exemplo, ou decorrente da situação sócio-econômica, que em nosso país é agravada pela desigualdade, e teremos uma relação de que a SM está inserida na saúde geral, não como uma especialidade, mas para garantir a atenção integral do sujeito, atuando, ou podendo atuar, inclusive nas ações de promoção de saúde.

As equipes da atenção básica isoladas, sem suporte, apoio, para atender essa demanda, podem: adoecer, negar essas questões, não fazer um atendimento integral para sua população ou ainda, ter um aumento do sofrimento na sua região, entre tantas outras conseqüências.

Assim, o Ministério da Saúde, através do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (Brasil, 2003), prioriza que a assistência na rede básica deva ser realizada através do apoio matricial às equipes da atenção básica, explicitando que: “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.” (p.4)

Segundo o mesmo documento, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em SM, sendo seus profissionais também são responsáveis pelo matriciamento das equipes da atenção básica. Quando estas equipes forem insuficientes ou os

CAPS inexistentes (municípios menores de 20 mil habitantes não precisam de CAPS segundo o documento), teriam a equipe de apoio matricial em SM para no mínimo 6 e no máximo 9 equipes de PSF, ou para grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes. (Ver Responsabilidades Compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica no site <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>).

O documento ainda coloca a importância em dar prioridade para a formação, no desenvolvimento dessa política, e a inserção de indicadores de SM no SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) como forma de avaliar e planejar ações nessa área.

Qual o contexto do município de Campinas para isso?

## **SITUANDO CAMPINAS:**

### **O CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

É bastante citado, como colocado por Amaral, 1995, que o modelo brasileiro foi fortemente influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana, nome dado à experiência da cidade de Gorizia, coordenada por Franco Basaglia, das Comunidades Terapêuticas. Esta experiência em 1978 constrói a Reforma Psiquiátrica naquele país, com a lei que proíbe a internação em hospitais psiquiátricos e cria a rede extra-hospitalar na Itália.

Mas outras experiências pelo mundo também influenciaram a experiência brasileira, em especial a experiência dos EUA. Segundo Braga Campos, 2000, a experiência da Psiquiatria Preventivista influenciou o mundo do pós II Guerra Mundial, se expandindo através de organismos como a ONU, e desta através das Organizações Mundial e Panamericana de Saúde (OMS/OPAS). Nela os EUA reorganizaram a saúde pública e a psiquiatria pensando na relação custo-benefício, uma vez que os gastos com internações eram muito altos e sem resolutividade. (Tendo como resolutividade a relação de cura/alta e priorizando a hierarquização dos serviços).

Assim, o modelo de Campinas, é tido pela autora, como um modelo híbrido, sendo que uma das diferenças entre eles, seria de que: “na Europa, os projetos levavam em conta a responsabilização do Estado e nos EUA, atribuía-se a responsabilização à comunidade de problemas/dificuldades individuais.” (p.36-37)

Essas duas vertentes são comparadas no Quadro.1 a seguir, e a experiência de Campinas sintetizada no Quadro.2.

<b>Modelo Tecno-Assistencial</b>	<b>Psiquiatria Preventiva</b>	<b>Psiquiatria Democrática</b>
Objeto	Saúde Mental	Existência/sofrimento inserido no corpo social
Objetivo	Prevenção	Inclusão social
Tecnologias	Atenção à crise na comunidade até às contenções medicamentosas e de espaço	Reabilitação psicossocial; Produção de sentido, de vida através da auto-gestão dos serviços, do tempo e de contatos
Agente Profissional	Equipe comunidade	Equipe referência

Quadro.1 – Braga Campos, 2000, p.44.

<b>Modelo Tecno-Assistencial</b>	<b>Campinas</b>
Objeto	Saúde Mental
Objetivo	Prevenção Secundária e reabilitação psicossocial
Tecnologias	Teoria de crises e o conceito saúde-doença: tecnologias mais duras que leves
Agente Profissional	Equipe de saúde mental e de referência

Quadro.2 – Fonte: Adaptação Braga Campos, 2000, p.144.

Com a crise, principalmente financeira, da Previdência Social brasileira na década de oitenta, cria-se uma instância para regular a Previdência, o CONASP (Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária). Dentro do CONASP, segundo Merhy, 1997 (citado por Braga Campos, 2000), haviam duas visões: uma que preconizava a Atenção Básica, mas que a dividia entre assistência médica e saúde pública, e outra que colocava a rede básica como “porta de entrada” do conjunto de serviços de saúde.

Mas o que mais motivou a reformulação da atenção pelo CONASP foi a relação custo/benefício, e racionalidade dos gastos para o Estado, misturando o modelo centrado na assistência e a epidemiologia, utilizada na saúde pública.

Dentro dessa reformulação da atenção surge o “Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica”, sendo referenciado na Atenção Primária à Saúde (APS), deixando de lado o ideal pelo “fim dos manicômios” e adotando como bandeira, pela “ampliação da atenção” à SM. Três pontos colocados por Braga Campos, 2000, ressaltam isso:

“O primeiro deles define “o distúrbio psiquiátrico como episódio no ciclo natural do processo saúde-doença do indivíduo”, o segundo `prescreve` à assistência em saúde mental “incluir-se numa estratégia de Atenção Primária à Saúde” e finalmente sua visão de internação limita à internação integral, quando considera que casos de “problema social/sintomatologia psiquiátrica, impossibilite `totalmente` a manutenção do paciente em seu meio familiar e social, e pelo prazo menor possível”. (p.56)

Isso não inverteu a lógica do financiamento e controle da assistência em SM, e em 1984, 96% do investimento ia para a assistência psiquiátrica nos hospitais, e 4% para a atenção extra-hospitalar. (p.57)

Com a Constituição de 1988, foi instituído os princípios do Movimento da Reforma Sanitária, que já haviam sido apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Mas sua lei orgânica e normatizações já vieram numa conjuntura de fortalecimento do projeto liberal, de privatizar, centralizar, e deixar para a lógica do mercado a regulação/controlar as ações. Deixando o SUS na luta, cada vez mais difícil, para não ficar só no papel e indo sempre contra a corrente neoliberal, ainda hoje presente no projeto de governo do Brasil.

Nesse contexto de eleição do projeto neoliberal para o país, havia em contrapartida a possibilidade de concretização de projetos de centro esquerda nos municípios, através da eleição de prefeitos que colocaram como secretários de saúde protagonistas do Movimento da Reforma Sanitária em importantes cidades, e Campinas foi uma delas, em 1989.

A descentralização, a integralidade e o controle social, preconizados no SUS, só vieram a somar na área da SM, mas a hierarquização burocratizou a reforma psiquiátrica, dificultando o acesso e a eficácia dos resultados.

Outros entraves eram de que a base da Reforma Psiquiátrica Brasileira, estava fundada no modelo da OPAS, do preventivismo da APS, com uma psiquiatria reformada, a falta de investimento, ou a não inversão do investimento já existente. (Em 99, 93% era para os hospitais e 7% para a rede extra-hospitalar.) Soma-se a isso o enfraquecimento dos movimentos sociais forjados na sociedade civil, que também apostaram na arena política dos espaços governamentais, se fragilizando a cada eleição e perdendo sua capacidade de contestação.

Em Campinas, que já tinha história anterior de SM comunitária, o modelo da APS foi implementado na cidade em 1976, com grandes avanços em relação à assistência prestada e investimentos anteriormente feitos. A partir de 1989, ampliaram-se os serviços na rede básica e fez-se um contrato de co-gestão de um Sanatório filantrópico conveniado ao SUS.

A cidade contava com um movimento social organizado, era um dos berços do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), tinha pronto o terreno para implementar a APS antes dela se tornar uma política federal e estadual. Mas junto, a cidade tinha a assistência privada e os hospitais que tinham grande poder político e de mercado.

As avaliações dos serviços e da implementação mostravam as dificuldades em evoluir. O hospital continuava no centro, os ambulatórios eram porta de entrada para a internação, e a porta de entrada do sistema não era acessível ao “doente mental” e nem para o egresso do hospital psiquiátrico.

Assim, a nova secretaria de saúde anunciava que:

“a redução da média de permanência hospitalar e do número de internações psiquiátricas para pacientes com quadro agudo constituem a ponta de lança da

Política de SM para o Município de Campinas a partir de 1989” (Braga Campos, 2000, p.101)

Então, 1989, foi realizado na cidade o Seminário de Saúde Mental, e apesar das críticas do secretário de saúde a importação do modelo preventivista para a SM, o seminário acabou referendando a mesma política, hierarquizando serviços e ações de saúde para atender a diversidade da demanda. Mas houve a ampliação das equipes nos CSs com o objetivo de alcançar todas as unidades até o final do mandato, o fechamento do ambulatório municipal, e reforçado o objetivo da Reforma Sanitária na cidade se transformar num movimento cultural, de debate, questionamento do instituído, encarando a unidade básica como o espaço privilegiado para o acesso e atenção ao usuário de SM, democratizando o acesso e aumentando a sua resolutividade.

Nisso algumas áreas não foram consideradas, como a saúde do trabalhador, a intersetorialidade que demonstrou a carência teórico-crítica nessa área, sendo refletida na paralisia das diretrizes, e na simplificação da Reforma Psiquiátrica como aumento do número de profissionais.

Em 1990, o município recebe o Sanatório Filantrópico Dr. Cândido Ferreira, sem recurso e com falta de profissionais, assina um termo de co-gestão, na mesma época municipalizava os serviços estaduais, e realoca o pessoal que se dispôs do ambulatório estadual para o Sanatório.

Com isso a rede era obrigada a mudar. O CS receberia o egresso, não seriam mais equipes mínimas, mas estariam compostas de acordo com a necessidade. E nessa complexa situação uma dúvida expressada por Braga Campos, 1992, (citado por Braga Campos, 2000) ainda permanece:

“existe (...) um risco: o de desconhecemos os chamados `problemas menores` que causam retornos infundáveis para a assistência médica e a população continuar adoecida e tratarmos como único assunto pertinente à nossa área a doença mental – a patologia instalada. Mas não podemos esquecer que é na rede social, no local da vida rotineira, que começa a loucura” (p.54)

O investimento nos planejamentos locais, os colegiados regionais, os conselhos locais, ou seja, a efervescência da Reforma Sanitária deixou a especificidade do SM de lado, e a unidade básica não dava conta dos casos mais graves. Era necessário se pensar em outras estruturas, com nível de atenção



intermediário, diferenciado, que podem ser traduzidos nas experiências dos CAPS, HD, com porta aberta, que dessem conta da crise. Mas o que aconteceu foi que eles entraram na lógica da hierarquização e foram tidos como de referência secundária e não porta aberta ao usuário. A rede básica estava modificada, repensando sua clínica, mas não era suficiente e com a crise do prefeito com seu partido, fez com que pessoas importantes saíssem da secretária e as equipes da rede básica não foram ampliadas, e nem criados novos serviços diversificados. Os CAPS só aconteceram em 1993.

Então, as conquistas mais importantes foram da micropolítica das equipes ou de profissionais isolados. Os trabalhadores tentaram resistir ao desmanche da secretária, segurando as conquistas, mas na SM houve a dicotomia: rede X SSCF (Serviço de Saúde Cândido Ferreira), com a maioria dos CSs voltando exclusivamente a APS, e alguns técnicos individualmente segurando as conquistas.

Os CAPS são instalados a seguir com uma equipe de profissionais do SSCF, mas que além de não ser porta aberta, ser hierarquizado, também não contou com hospitalidade noturna. Os CSs dependiam quase exclusivamente da adesão do profissional ao projeto. E mesmo com todas essas dificuldades, a rede avançou nos objetivos de desinstitucionalização, com o SSCF ampliando sua ação, e com uma gestão democrática se aproximando da auto-gestão.

Após essa efervescência, em 1998, alegando falta de verbas a prefeitura aglutina a equipe de 2 ou 3 CSs em 1. Em Campinas a rede sofre com a mudança dos governos e dos projetos políticos, mas o SSCF perpassa e avança nas experiências, inovando, enquanto na rede básica prevalecem as necessidades mais objetivas que se sobrepõem a capacidade inventiva dos profissionais.

Mas hoje essa realidade já mudou um pouco. Os CSs se diferem tanto que as vezes parecem não pertencer a mesma rede. O que auxiliou foi a experiência independente do SSCF, e o acúmulo da reforma sanitária, como embrião de municipalização em 1983, onde se começou a exercer a micropolítica do poder local.

Mas questões como: E o trabalho em rede? Quem dá conta de seus furos? De quem é a responsabilidade por certos casos? Onde investir na rede de saúde mental? Ainda causam dilemas entre os que estão na rede básica e os que estão nos serviços especializados, mostrando a dificuldade em se construir uma política pública única, como se houvessem dois ou mais projetos de atenção à saúde mental em disputa no nível da micropolítica, quando o problema colocado pelas gestões municipal, estadual ou federal, é o avanço neoliberal para a área da seguridade social e questionando se deve haver, ou não, política pública para todos. A resposta já está em curso no país, pelo menos há 18 anos.

### **A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E A SAÚDE MENTAL EM CAMPINAS – O QUE VEM COM A HISTÓRIA...**

A inserção na unidade básica proporcionou a vivência de uma das faces da rede de saúde pública de Campinas, que idealmente deveria responder a 80% das necessidades da população (Brasil, 2003), mas que hoje enfrenta uma situação paradoxal, a atenção básica como idealmente estruturante de uma rede de acesso universal, mas que com o contexto político atual de desinvestimento, aqui pensando não só em termos financeiros, acaba por ter no sistema um “SUS para pobre”, quando o que se pretendia com a garantia na constituição de 1988 da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, era uma atenção pública a saúde de toda a população, com acesso universal, atenção integral, entre outros.

A realidade da unidade de saúde básica, o CS, em questão, não difere da grande maioria das outras, ou seja, se localiza em uma bairro de periferia, tem que lidar com problemas como a violência, fome, miséria, desemprego, violência doméstica, alcoolismo, se constituindo como a porta para o poder público naquela comunidade. Então, o que se define hoje como unidade básica de saúde, poderia ser chamado de: unidade complexa de saúde, uma vez que o CS é o local no qual a população procura ajuda para as mais diversas necessidades e demandas, e demandas essas, que o CS tenta responder ou encaminhar ao ter garantido o compromisso com a saúde, entendida não só como a ausência de doença, mas

incluindo os mais variados aspectos biopsicosociais, que dependem de um contexto econômico-político-social complexo.

Essa responsabilização trouxe avanços na atenção, mas demonstrou sérios furos no sistema de seguridade social existente no país, acarretando aos CSs um acúmulo de responsabilidades sem perspectiva de resolutividade, e um alto grau de sofrimento para aqueles que se comprometeram com essa responsabilização do serviço, que hoje se vêm sem perspectiva de expandir sua capacidade resolutiva.

Participando da assistência psicológica, de espaços de co-gestão, de troca de experiências da unidade, além de reuniões com os trabalhadores da SM da rede básica da região, de reuniões com os coordenadores de serviços de saúde da região também, entre outras atividades desenvolvidas, foi possível, juntamente com entrevistas com a coordenadora e a psicóloga do serviço, um dos apoiadores de SM e a coordenadora distrital, fazer algumas reflexões sobre o trabalho da SM no CS e da rede de SM. Dessa maneira é possível considerar as influências da gestão nesse processo, os entraves que a falta de diálogo da rede podem trazer, ou encobrir o real problema, e também as vantagens e qualidades possíveis quando essas questões passam a fazer parte do cotidiano da gestão e do domínio do próprio trabalhador.

Em um documento do Colegiado de Saúde Mental do município, de 2005, à atenção da SM na atenção básica, estaria em consonância com os princípios da VIII Conferência Nacional de Saúde, que indicava que a atenção básica deveria ter a responsabilidade de 80% das necessidades da população, pensando na integralidade das ações e tendo o sujeito como foco, o que incluiria a SM. Neste documento o modo priorizado seriam as ações integradas com o Programa de Saúde da Família (PSF), que até 2004, em Campinas, era uma adaptação à realidade local se chamando PAIDÉIA.

Neste documento as diretrizes e os princípios gerais deveriam ser, resumidamente:

- Trabalho em rede: pensando em vínculo, responsabilização, territorialidade, entre outros;
- Apoio Matricial: exclui a lógica do encaminhamento para a co-responsabilização, e suporte técnico para os profissionais;

- Equipe Multidisciplinar: pensando na integralidade da atenção;
- Dimensionamento dos recursos humanos adequado à tarefa: novamente entrando em cena a integralidade e nas condições de trabalho para os profissionais, baseando-se nos critérios de risco e vulnerabilidade para definir prioridades;
- Envolvimento do gestor: “o gestor de cada UBS deve estar implicado com a atenção em SM, apropriado da noção de que todos os profissionais são responsáveis por esta área, e atuando na gestão dos recursos disponíveis”. (Anexo)

Em relação à organização da SM na cidade, o documento diz também que o trabalho junto das Equipes da Saúde da Família, inclui a assistência, priorizando a população com transtornos mentais graves, os usuários de álcool e outras drogas e as crianças e os adolescentes. Esse trabalho deve ser feito priorizando a clínica ampliada, e a capacitação de todos os profissionais para o cuidado em SM. Aqui entra em cena a reafirmação do trabalho fora dos muros do CS, assim como dos CAPSs, entendendo o lugar de vida e cuidado o território, e priorizando a formação de rede social e o envolvimento dos diferentes atores com o cuidado da população.

Mas ainda velhos problemas dificultam essa discussão, principalmente no diálogo com os trabalhadores mais antigos na rede, que não entendem e não refletem sobre as especificidades do trabalho em saúde pública, não conseguem desviar e refletir sobre a demanda, que sempre é maior do que a oferta de assistência, no modelo de consumo de procedimentos de saúde no qual a saúde brasileira se contextualiza. Além disso, há o caráter subjetivo dessa necessidade que é sobreposta pelas necessidades objetivas e mais presentes no núcleo de trabalho das outras profissões em saúde.

Mas hoje a realidade de distanciamento dos serviços da rede, em relação ao matriciamento dos equipamentos mais especializados da rede, ou por não existirem ou por não serem realmente “matriciamento”, e o falso discurso de que o CS atende aos casos mais fáceis, coloca em mostra a concepção ainda muito presente da SM relacionada à doença psiquiátrica diagnosticada e o não questionando da sua multicausalidade, sua produção social, com forte relação com as condições de vida.

Assim, ao chegar ao CS a primeira impressão é de que a SM seria uma especialidade, como foi citado na entrevista, assim como a pediatria e a

ginecologia, mas ao longo de todas as possibilidades de trabalho em conjunto que o profissional de SM pode desenvolver com a equipe de referência, surgiu outro diagnóstico. Seria de que a SM pode ser parte da assistência geral de um CS, quando se pensa na integralidade da atenção, ou por exemplo, a SM não serve apenas para se pensar nos casos, mais clássicos, mas também para auxiliar no tratamento de qualquer adoecimento que um usuário do serviço venha a ter, pensando no sofrimento pontual que isso gera, mas nem por isso menor que em situações mais específicas da mental. Ou ainda prestar um suporte para a própria equipe que lida com o sofrimento como objeto de seu trabalho em grande parte do tempo, entre outros, o que exige que certas condições de trabalho, formação profissional entre outras, existam para poderem se efetivar.

Essa constatação leva a um questionamento: o que determina se o trabalho da SM será de co-responsabilização pela equipe como um todo, ou uma especialidade na atenção básica?

Assim, vem a reflexão de que vários fatores influenciam na assistência prestada. O próprio documento de 2005, ainda na outra gestão municipal, intitulado “Saúde Mental na Atenção Básica em Campinas” dá diretrizes para esse trabalho; no distrito em questão, essa discussão é sempre retomada desde a implementação do projeto PAIDÉIA, projeto de atenção à saúde da gestão anterior. E no CS em questão, também foi possível identificar uma estratégia de ação de acordo com os recursos disponíveis e o projeto atual em implementação, mas que ainda hoje, após 2 anos de gestão não ficou claro qual é.

O histórico da SM em Campinas é longo e vem se desenvolvendo cada vez mais. No distrito a concepção é de que a SM na atenção básica teria três funções (de acordo com o apoiador): capacitar profissionais chaves das equipes de referência, matricular essas equipes e a dos CSs referenciados, e criar outras ofertas de atendimento. Fica claro aqui, a responsabilização do CS pelas ações de SM como componente da saúde geral e o investimento na territorialização das ações, tendo o CS como espaço privilegiado para isso.

Mas a discussão sobre o trabalho em rede, com os outros serviços de SM, sempre foi algo ressaltado como essencial para o desenvolvimento e

aperfeiçoamento do trabalho, mas de difícil concretização. Os serviços ainda não encontraram uma forma efetiva de sistematizar um diálogo mais constante, isso faz com que a percepção do fracasso, ou da incapacidade de atender certas demandas seja de responsabilidade de um serviço ou de outro, quando determinadas demandas ainda não têm condições de serem resolvidas por estarem nos furos da rede, ou por demandarem ações intersetoriais mais estruturadas. Ou ainda uma co-responsabilização de diferentes serviços, que ainda é difícil de se efetivar, ou mesmo pela falta de investimento financeiro e em trabalhadores para a área.

Assim, entra-se na questão de o profissional ligado a assistência ter uma discussão politizada e instrumentalizada sobre o sistema de saúde em geral, a área da seguridade social, entre outras de nível mais geral, quanto da própria gestão do serviço ao qual está inserido, e que isso influenciaria na qualidade da atenção prestada. Um exemplo seria entender como funciona o acolhimento da unidade, para saber como um usuário específico poderá acessar ou não o serviço, o que determina quando, onde e como ele será inserido na rede de cuidados. Isso pode determinar, por exemplo, se a demanda que chega na unidade, corresponde à necessidade de saúde de determinada região ou se aquele usuário foi privilegiado no acesso.

Amaral, 1995, coloca que o gerenciamento do serviço é estratégico para a implementação das políticas setoriais e transformação do modelo vigente no Brasil, e citando Campos, 1991, coloca:

“a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical.” (p.107)

E sobre o papel dos gerentes e trabalhadores diz:

“É quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta como também se empenhem em consolidá-la.” (p.108)

Isso ajudaria a avançar na SM como parte da saúde pública, porque poderíamos pensar em como institucionalizar melhor a atenção básica e aprimorá-la.

Outro diagnóstico possível de ser feito na região é o de que grande parte dos coordenadores das unidades básicas, têm como núcleo de formação, profissões que lidam com questões mais objetivas, concretas e que têm dificuldade de dialogar com as profissões da SM, justamente porque a SM tem dificuldades em discutir criticamente, de maneira produtiva, sua institucionalização e se utilizar de instrumentos de planejamento e avaliação para se reconstruir. Assim, a gestão, muitas vezes, baseada no modelo da Teoria Geral da Administração supervaloriza os dados quantitativos, que na SM são dados bastante questionáveis como medida de qualidade, quando isolados de outros parâmetros.

Esse distanciamento pode levar a uma exacerbada burocratização dos “procedimentos” em SM, na ânsia de quantificar e de se ter uma panorama mais geral de como anda essa assistência, e isso seria de responsabilidade de ambas as partes que negam as especificidades e o diálogo necessário para esse processo de institucionalização, profissionais e gestores.

Os serviços especializados, denominados assim por atenderem a demandas específicas, mas não necessariamente hierarquizados, podem contribuir muito nessa discussão, se começarem a se responsabilizar mais pelas ações e pela população que não está sendo assistida diretamente em seu prédio. Isso pode auxiliar na responsabilização da equipe por certas questões, como por exemplo, no CS em questão verificou-se que grande parte dos óbitos, de determinado período, eram em decorrência do uso abusivo do álcool. Isso serviu, entre outros, como disparador para um trabalho sobre essa questão com a unidade como um todo, que culminou em capacitações temáticas e específicas para determinados profissionais, na criação do grupo para os alcoolistas, no projeto do grupo dos familiares, no projeto de parceria com a comunidade sobre o tema pensando na redução de danos e promoção de saúde, entre outros.

O CS pode trabalhar em parcerias com os CAPS, por exemplo, mas assim como estes, a rede sofre com a falta de recursos financeiros, de profissionais, com a falta do trabalho intersetorial, com profissionais ainda não formados para a saúde pública para todos, e não só assistencialista e para pobres, com a falta de

um projeto técnico-ético-político da secretaria de saúde para a questão, entre outros.

Assim, a falta de diálogo entre os serviços não seria o principal problema, porque estaria servindo para encobrir questões anteriores, mas pode ser uma das soluções e maneiras de questionamento.

A grande questão, então, não é feita de que o grande problema seria o aumento do sofrimento psíquico decorrente do modo de vida capitalista ao qual as pessoas estão vivendo, a falta ou precariedade de políticas públicas intersetoriais e não apenas compensatórias para a área social, a falta de recursos financeiros e a lógica de encarar as questões de saúde e educação como serviços que devem obedecer à lógica de mercado. Ou ainda a falta de respeito com a diferença e a sua inclusão sob o viés da igualdade, que massifica as demandas e ajuda a conter as diferenças escondidas. Mera semelhança com o hospício, ou o asilo dos degradados da sociedade no século XIX é mera coincidência?

As equipes da SM na atenção básica, ou ainda os CAPS não são a única solução para o sofrimento psíquico crescente que se percebe, principalmente em áreas mais carentes, mas podem ser importantes instrumentos para promoção dessa mudança através desse questionamento e assim, não serem sufocados pela demanda, porque estariam mais preocupados em revertê-la do que atendê-las.

As profissões da área da SM, muitas vezes não conseguem fazer o debate sobre como a subjetividade se constrói/forma no local onde se atua, ou inclusive do lugar de onde vem, e Santos e Coimbra (citados por Dimenstein, 2000), colocam que:

“(…) a imagem da psicanálise ao longo dos anos 60/70 foi associada a um movimento de transformação social, constituindo-se numa estratégia de grande valor político. A ênfase na privatização e nuclearização da família, na responsabilidade individual de cada um de seus membros, a ênfase nos projetos de ascensão social, na descoberta de si mesmo, na busca da essência e na libertação das repressões, foram algumas destas estratégias que culminou na promoção de uma psicologização do cotidiano e da vida social e num esvaziamento político.” (p.99)

Assim, essa representação ideal de sujeito – o sujeito psicológico – este modo particular de subjetividade tornou-se hegemônica entre as profissões psi (psicólogos, psicanalistas, psiquiatras e talvez outras mais) tornando-se



hegemônicas na cultura profissional. Outros afirmam que essa inserção teórica também trouxe a possibilidade da politização de temas como a família, à sexualidade, mas em grande escala o que se percebe é a utilização da teoria como forma de encobrir conflitos, individualizando a sua solução.

A grande questão colocada sob esse ponto de vista, pela autora, seria de que essa visão não é contextualizada, se tornando o único modelo de subjetividade possível, desprezando a complexidade e multideterminação do processo de subjetivação. Isso também se deve a difusão da psicanálise na classe média brasileira (sobre o tema ver Dimenstein, 2000) de onde provem à maioria desses profissionais. Assim, por ter características da sociedade capitalista na qual está inserida, de consumo de medicamentos e procedimentos, medicalizando, ou psicologizando o sofrimento social, como coloca Dimenstein, 2000, quando coloca que o modelo da psicoterapia individual, modelo clínico hegemônico da atuação privada, de base psicanalítica é transportado para a prática na saúde pública, gera conseqüências como:

- a. Conflito com as representações de Pessoa, saúde e doença, corpo, próprias aos usuários das instituições públicas de saúde;
- b. Baixa eficácia das terapêuticas e alto índice de abandono dos tratamentos;
- c. Seleção e hierarquização da clientela;
- d. Psicologização de problemas sociais.” (p. 107)

E assim, com essa manipulação da teoria para um fim de adaptação individual a uma ideologia massificante e de mercado, se tem profissionais que ao invés de desviarem o sofrimento para a produção de saúde, e de questionamentos sobre a ideologia dominante, o reproduzem e a demanda para os seus serviços só tenderão a aumentar.

## **CONCLUSÃO**

Com todas as críticas sobre o cuidado em SM em Campinas, vale ressaltar que elas só são possíveis porque há uma rede de cuidados, inexistente em muitas outras cidades, ou inacessíveis à população, e porque existiu e ainda resiste um projeto para ela. Mas essa condição também pode levar a um acomodamento, ou

frustração de que tudo possível já foi feito, se não for problematizada no sentido produtivo e de autonomia dos profissionais envolvidos e da população atendida.

Na rede local os espaços de co-gestão foram priorizados, principalmente na gestão da secretaria municipal de saúde anterior, e pensando nisso Onocko Campos, 2003, no texto “A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas”, traz que a gestão pode ser concebida como ação que visa à produção de graus maiores de autonomia, criatividade e desalienação, mesmo onde há a reprodução, no sentido sobrevivência, pois há sempre espaço para a produção do novo. O que coloca a necessidade dos trabalhadores como um todo, mas aqui ressaltando os da SM, ocupem e participem desses espaços para desestabilizarem o instituído e terem uma implicação maior com aquilo que produzem.

Assim como, o gerente também teria sua responsabilidade para além de saber sobre técnicas da tarefa gerencial, e aqui não precisamente das teorias clássicas de administração, mas também sobre os modelos assistenciais, propostas clínicas para a produção de saúde, como uma característica de não alienação do gerente em relação ao objetivo de sua tarefa. Assim, poderá promover um suporte na criação de uma subjetividade institucional do grupo, para que a gestão possa ter sua dimensão interpretativa de análise como desconstrução e como construção de propostas.

Portanto, a gestão ao entrar na discussão da clínica, como colocada por Furtado e Onocko Campos, 2005, pode considerar cada caso em sua singularidade, e a SM que sendo: ações políticas, eticamente orientadas para a singularidade de um grupo, precisam pensar como a gestão pode burocratizar, aumentando a verticalidade no cuidado, ou então se horizontalizar, alargando as possibilidades de uma transversalidade que alimente os princípios e idéias da Reforma Psiquiátrica, os atualizando e permitindo que a SM extrapole a questão da saúde e se envolva com o cotidiano, com a produção da subjetividade, que infelizmente hoje está ligada ao modo de produção capitalista, com relações pessoais cada vez mais individualizadas e individualizantes.

## BIBLIOGRAFIA

- Amaral, M.A. 1995. Análise da implementação da política de Saúde Mental para a rede básica de Campinas – 1992/1993. *Dissertação de Mestrado*, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social. FCM – Unicamp.
- Braga Campos, F.C. 2000. O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. *Tese de Doutorado*, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social. FCM – Unicamp.
- Brasil. Ministério da Saúde, 2003. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica.  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- Campinas. Secretaria Municipal de Saúde, 2005. *Saúde Mental na Atenção Básica em Campinas*. Campinas: Colegiado de Saúde Mental.
- Dimenstein, M. 2000. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*. 5 (1): 95-121

Furtado, J.P. e Onocko Campos, R., 2005. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental* VIII (1): 109-122

Onocko Campos, R. 2003. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. PP. 122-140. In: Campos, G.W. *Saúde paidéia*. HUCITEC, São Paulo.

## ANEXO

### SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM CAMPINAS - 2005

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde indica como responsabilidade da atenção básica o cuidado de 80% das necessidades da população, incluindo a atenção em saúde mental. Respeitando o princípio da integralidade, portanto, as ações de saúde mental devem estar incorporadas ao projeto municipal para a Atenção Básica, calcado em “diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, integralidade e da cidadania num sentido mais amplo”. (1)

No Programa de Saúde da Família, todas as equipes são constantemente solicitadas por queixas relacionadas à saúde mental. Sabe-se que as doenças neuro-psiquiátricas são responsáveis por 34% dos anos de vida perdidos por incapacidade (Projeto Carga de Doença (Ensp/Fiocruz/Fensptec, 2002, p.105), sendo, assim, imprescindível que se disponha de atenção à saúde mental através do PSF. Demanda-se, pois, uma intervenção ampla, em aliança com as entidades e movimentos sociais, os usuários e suas famílias, que devem participar da formulação e controle social da política e do projeto. (2)).

Tal intervenção visa a (re)construção de redes de apoio, solidariedade e convivência, perdidas em cidades de grande porte, e cruciais para o desenvolvimento de uma vida saudável.

## DIRETRIZES E PRINCÍPIOS GERAIS

**TRABALHO EM REDE:** as ações de saúde mental na Atenção Básica devem ser programadas buscando a organização de redes de cuidado, articuladas no território, baseadas no estabelecimento de vínculos, no acolhimento e na responsabilização.

O modelo de rede de cuidados propõe uma organização com contorno diferente da hierarquização entre os níveis de atenção. A atenção básica integra a rede de serviços e compartilha com ela a responsabilização pela assistência e pela clínica, pela reabilitação psicossocial, pela reinserção no mundo social e do trabalho, pelo resgate da autonomia. Há divisão de tarefas entre os serviços, mas não divisão de pacientes, de modo que toda a rede está implicada no cuidado de cada paciente.

**APOIO MATRICIAL:** A lógica primeira do trabalho na rede básica é a do apoio matricial, através do qual se busca oferecer suporte técnico para que todos os profissionais das Unidades atuem em benefício da saúde mental do usuário, algumas vezes se responsabilizando inteiramente pelo cuidado, outras vezes dividindo-o com ações específicas do núcleo e dos profissionais da área. “A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local”.(1)

**TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR:** a organização do trabalho em equipe multidisciplinar aumenta a capacidade de atenção, respeita a integralidade do cuidado, e se afasta do paradigma médico que costuma prevalecer nos serviços.

**DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS ADEQUADO À TAREFA:** é princípio básico da organização da atenção em saúde mental na rede básica que se mantenha uma proporcionalidade entre o número de profissionais e o número de habitantes do território, devendo ser garantida a estes profissionais a educação permanente preconizada pelo SUS. Sem o contingente necessário de recursos humanos, pode comprometer o desenvolvimento da ação integral pretendida em cada Unidade.

**REGISTRO, AVALIAÇÃO REGULAR, INDICADORES:** o trabalho de saúde mental deve ser incluído no sistema de informações da atenção básica, de modo a que seja possível conhecer em profundidade as demandas, as ações, avaliá-las e monitorar, através de indicadores, o estado da população nesta área.

**ENVOLVIMENTO DO GESTOR:** o gestor de cada UBS deve estar implicado com a atenção em saúde mental, apropriado da noção de que todos os profissionais são responsáveis por esta área, e atuando na gestão dos recursos disponíveis.

## ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM CAMPINAS

Em Campinas a atuação em Saúde Mental na Atenção Básica iniciou-se no final dos anos 70, na esteira da medicina comunitária, e prosseguiu com diferentes configurações até o estágio atual, quando integrou-se intensamente ao Programa de Saúde da Família (PSF), com o qual compartilha os princípios fundamentais do vínculo, responsabilização e acolhimento. As Equipes de Saúde Mental, ao lado de participar das Equipes de Saúde da Família, mantém o atendimento ambulatorial nas Unidades Básicas onde estão sediadas e, nestas duas vertentes de trabalho, organizam-se prioritariamente para a atenção à população com transtornos mentais graves, aos usuários de álcool e outras drogas, e muito especialmente a crianças e adolescentes.

A Saúde Mental é parte integrante da atual reorganização da Atenção Básica no município, tendo como focos o aprimoramento e intensificação do trabalho com as Equipes de Saúde da Família, a ênfase na clínica ampliada como a proposta norteadora da abordagem ao sofrimento psíquico, e o olhar constante para a capacitação de todos os profissionais para o cuidado em Saúde Mental.

1. **RESPONSABILIDADE:** a responsabilidade pela definição de políticas, organização e gestão dos serviços de saúde mental é compartilhada entre os Distritos, o Colegiado de Saúde Mental e a Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental.
2. **DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS:** o objetivo é assegurar a todos a atenção em saúde mental, respeitados critérios de risco e vulnerabilidade para definição de prioridades. Até o final de 2006 a meta a atingir equivale a uma (uma) Equipe de Saúde Mental (ESM) para cada 30 mil habitantes. A equipe básica de saúde mental é constituída por 3 (três) profissionais de nível superior, sendo 1 (um), de preferência, médico psiquiatra.
3. **ALOCAÇÃO DAS EQUIPES:** a alocação das equipes nas UBSs deve ser feita pelo Distrito, em conjunto com a Coordenação e Colegiado de Saúde Mental. O Distrito deve considerar seu potencial total de Recursos Humanos, mantendo a prerrogativa de deslocar parte da carga horária dos profissionais para atender necessidades de UBS com falta de recursos; este deslocamento deve respeitar o tempo reservado para atividades na UBS de maior atuação e que exigem vínculos duradouros com a clientela assistida.

### AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

4. **DIVISÃO DA CARGA HORÁRIA:** cada profissional deve administrar a sua carga horária reservando horas para a atividade de assistência clínica na Unidade em que está inserido e dividindo as demais horas para o matriciamento na Unidade, atividades fora da UBS (contatos e atividades com a comunidade, em Centro de Convivência, em projetos de Geração de Renda) e atividades em outras UBSs (matriciamento, atividade clínica quando solicitado pelo Distrito). A composição da agenda deve ser discutida na Equipe

de Saúde Mental com o gestor da Unidade e o Apoiador de Saúde Mental do Distrito.

5. **INSERÇÃO EM EQUIPE LOCAL DE REFERÊNCIA:** todos os profissionais de saúde mental devem fazer parte de uma Equipe Local de Referência, participando regularmente das reuniões, discussões e atividades da Equipe.
6. **APOIO MATRICIAL:** todos os profissionais farão matriciamento das ELR, o que implica em:
  - a. Levar suporte técnico de seu Núcleo de conhecimento para todas as discussões.
  - b. Discutir os casos relacionados à Saúde Mental, participar da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e dar suporte ao profissional que ficar responsável pelo trabalho.
  - c. Oferecer capacitação em Saúde Mental de acordo com as demandas e necessidades da equipe.
  - d. Realizar atendimentos clínicos em conjunto com profissionais da ELR, quando for definido no PTS.
7. **ATIVIDADE CLÍNICA:**
  - a. Oferecer atendimento clínico para os casos em que for necessário, em grupo ou individual, para todas as idades, utilizando critérios de urgência e risco, e priorizando os portadores de sofrimento mental grave e persistente.
  - b. A proposta para esta atividade é baseada na Clínica Ampliada, o que significa lidar com os aspectos subjetivos das pessoas entendidos como parte integrante de uma rede complexa de subjetividades que o envolvem, levando em conta toda interação, conflito e convívio, todo o entorno do paciente. (3)
  - c. Participar da operação do PTS de pacientes de seu território atendidos em outros serviços e equipamentos (CAPS, Centro de Convivência, Geração de Renda).
  - d. Manter responsabilidade permanente pelos pacientes graves de seu território, mantendo atualizadas informações sobre seu estado.
8. **ATENÇÃO DIFERENCIADA PARA GRUPOS ESPECIAIS – USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:** é na Atenção Básica que as equipes multiprofissionais podem primeiro identificar os sinais de uso abusivo de substâncias psicoativas, em especial o álcool; através do contato com as famílias, do cadastramento, das intercorrências clínicas, é somente através de trabalho intenso e eficiente neste nível de atenção que se pode pretender resolutividade nessa área. A atividade do profissional de Saúde Mental deve estar incluída:
  - a. No matriciamento das ELRs, contribuindo para criação de sistema de identificação precoce de casos e dando suporte técnico para a atuação das equipes multiprofissionais nesta área.

- b. Na clínica, garantindo espaço para o tratamento destes pacientes, em grupo ou individualmente, em conjunto com outros profissionais ou apenas pela saúde mental.
  - c. No desenvolvimento de projetos específicos voltados para prevenção e promoção de saúde
  - d. Mantendo contato com serviços especializados no atendimento a estes grupos (CRIAD, NADEQ, CRAISA).
9. ATENÇÃO DIFERENCIADA PARA GRUPOS ESPECIAIS – CRIANÇAS E ADOLESCENTES: definida como prioridade pela atual gestão da saúde, vista como uma população de risco, crianças e adolescentes merecem esforço especial na articulação intersetorial dos vários segmentos e serviços responsáveis, única forma possível de avançar com maior eficiência na criação de condições favoráveis ao desenvolvimento saudável. A Saúde Mental deve contribuir com seu conhecimento e ações de forma decisiva, propondo e discutindo na Unidade, no Distrito, nos espaços comunitários e intersetoriais, no Conselho Municipal de Saúde.
10. OUTRAS ATIVIDADES NA UNIDADE E COM A COMUNIDADE: manter proximidade e envolvimento com o Núcleo de Saúde Coletiva da Unidade, com o grupo intersetorial do território e com a comunidade, na perspectiva do trabalho de promoção em saúde e do fomento das redes sociais de apoio, convivência e solidariedade.
11. ATUAÇÃO NO DISTRITO: os profissionais deverão responder às necessidades de outras UBSs ou módulos de PSF identificadas pelo Distrito, realizando nestes locais a atuação que for solicitada.
12. PARTICIPAÇÃO EFETIVA: os profissionais devem participar das reuniões locais e distritais de saúde mental, bem como as gerais da unidade e Distrito (neste último quando convocados).

#### AÇÕES DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E CAPACITAÇÃO.

13. GESTÃO DE RECURSOS: a equipe de saúde mental deve trabalhar em conjunto com o gestor da UBS para aprofundar o conhecimento da demanda e administrar os recursos existentes para atendê-la, buscando seu melhor aproveitamento.
14. CADASTROS, REGISTRO DE ATIVIDADES: os profissionais devem organizar, em equipe, cadastro dos pacientes de saúde mental e registros de atividades que permitam conhecer em profundidade a demanda que está sendo atendida e o trabalho que está sendo realizado.
15. CAPACITAÇÃO: o Colegiado de Saúde Mental deve promover a capacitação permanente das equipes, oferecendo oportunidades para



desenvolvimento técnico e teórico pertinente ao trabalho na atenção básica. Para 2006 estão programadas as seguintes capacitações:

Apoio Matricial: aprofundamento

Uso de psicofármacos (para médicos não psiquiatras)

Terapia comunitária

Trabalho com usuários de álcool e outras drogas.

16. **FORMAÇÃO DOS GERENTES:** é importante garantir o envolvimento dos gerentes locais e distritais com a saúde mental, oferecendo também a eles formação na área e instrumentos para a tarefa complexa de implementar políticas e ações igualmente complexas.

### BIBLIOGRAFIA

1. Ministério da Saúde: Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Circular Conjunta no. 01/03, 2003.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal, 2003.
3. Guarido, EL e Braga Campos, FC “Clínica Ampliada é prática do psicólogo na saúde pública”. Múltipla – Revista de Psicologia, 2001, 1 (1), CRP, SP.