

3.

A rede de atenção básica à saúde mental: a necessidade de um novo olhar sobre o portador de transtorno mental

Neste capítulo discorrer-se sobre a saúde mental na atenção básica chamando atenção para a necessidade de um tratamento voltado para a humanização e inclusão dos portadores de transtorno mental em contraposição à forte exclusão e segregação que os mesmos sofreram e ainda sofrem em nossa sociedade. Como poderá ser observado, para a concretização dessa nova proposta, a construção de uma rede de serviços integrados e complementares se faz necessário.

3.1.

Saúde mental na atenção básica

Conforme os trabalhos de Tenório (2002), no cenário do regime militar emergem discussões quanto à ineficiência da assistência pública em saúde. Além disso, iniciam-se as críticas de fraude no sistema de financiamento dos serviços de saúde e denúncias do abandono, da violência e dos maus tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospícios do país. A crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a se chamar de Movimento da Reforma Sanitária:

Um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde. A importância é colocada na administração e no planejamento dos serviços e na ampliação do acesso da população à assistência em saúde. Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico. (Tenório, 2002, p.32)

O Movimento da Reforma Sanitária visava às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não englobavam apenas o sistema,

mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia que resultaria na melhoria das condições de vida da população, incluindo os portadores de transtorno mental. Vale aqui destacar os princípios norteadores do Movimento da Reforma Sanitária:

Unificação do Sistema de Saúde e sua hierarquização e descentralização para estados e municípios, com unidade na Política de Saúde; universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão de cobertura de serviços; participação da população através – de entidades representativas – na formulação, gestão, execução e avaliação das políticas e ações de Saúde; racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado através de um Fundo Único de Saúde a nível federal. (Gallo & Luchesi, 1988, p.02)

A fim de compreender melhor o que seria esse movimento, Escorel (2006) discorre que o Movimento de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação do aparelho institucional responsável pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um deslocamento do poder político em relação às camadas populares, concretizado na busca do direito universal à saúde e na criação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o objetivo de contribuir com essa discussão, Bisneto (2007) relata que a Reforma Sanitária Brasileira consta de avanços democráticos na área da Saúde expressos na Constituição Brasileira de 1988, que postulou a criação do Sistema Único de Saúde, determinando a universalidade da assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, além da descentralização da organização do sistema de saúde, com o repasse para os municípios das ações e serviços locais.

O Movimento da Reforma Sanitária resultou, em 1990, na criação do Sistema Único de Saúde – SUS- (Lei 8.080). Os serviços públicos de saúde que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes da Constituição Federal de 1988, obedecendo aos seguintes princípios:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; **integralidade de assistência**, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; **preservação da autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; **divulgação de informações** quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; **descentralização político-administrativa**. (Artigo 7º, Lei 8.080) (Grifos nossos)

Bravo (2008) ressalta que a maior conquista do SUS foi quanto ao direito legal de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Além disso, o atendimento integral, priorizando **as ações preventivas, a participação da comunidade, assistência à população baseada na promoção, proteção e recuperação da saúde e estruturação da rede de atenção básica** são pontos a serem destacados no SUS.

No ano de 1994, como parte integrante do SUS, é implantado o Programa Saúde da Família (PSF), com objetivo de estruturar a rede de atenção básica a partir de equipe multiprofissional. O PSF oferece às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades visando à melhoria das condições de saúde da população.

Como forma de ampliação do cuidado, o Ministério da Saúde propõe a formação de uma rede de atenção, de atuação transversal, que busque o acolhimento e esteja fundamentada nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, o PSF foi criado pelo Ministério da Saúde visando organizar a prática em saúde, substituindo o modelo tradicional de assistência. Sua estratégia são as ações de prevenção de doenças, a promoção e a recuperação da saúde integral da família de forma integral e contínua, devendo o atendimento ser prestado tanto na unidade básica de saúde como no domicílio, possibilitando ao profissional um vínculo maior com a família, facilitando a identificação dos problemas e a intervenção. (Brasil, 2001)

Segundo Lancetti (2001), o PSF tem como propostas:

- 1- Singularizar a relação usuário/equipe: as pessoas deixam de ser um prontuário, um número, para transformarem-se em biografias;
- 2- Descentralizar a relação médico-paciente para a relação usuário-equipe;
- 3- Desenvolver vínculos com a comunidade, com a ajuda do agente comunitário de saúde;
- 4- Aperfeiçoar a cobertura, pois o Programa atende por necessidade e não por demanda;
- 5- Abordar problemas na própria região, evitando-se encaminhamentos desnecessários e contando com os recursos da comunidade;
- 6- Contribuir para a participação e o protagonismo de todas as pessoas implicadas. (p. 30)

A primeira etapa de implantação do PSF ocorreu em 1991, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde tem o objetivo de garantir o acesso a serviços baseados na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo com a comunidade através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

As ações de saúde mental no PSF devem ser norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos ideais da Reforma Psiquiátrica visando à promoção dos doentes mentais. Portanto, vale destacar a importância da articulação da rede de serviços para o tratamento do portador de transtorno mental desinstitucionalizado e para que esta rede funcione é necessário, entre outros fatores, que os profissionais que a integram estejam preparados para lidar, no caso específico, com as demandas do portador de transtorno mental e sua família.

Nesse sentido, o PSF se configura como um campo de prática de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a prevenção, a integralidade e a territorialidade. A articulação do PSF com as demandas em saúde mental implica transformar as práticas de saúde institucionalizadas o que, por sua vez, exige profissionais capacitados para perceberem a “loucura” ou o portador de transtorno mental não mais como um ser a ser excluído do meio social, reforçando uma cultura hospitalocêntrica, mas alguém com direitos, e digno de um tratamento em regime aberto.

O trabalho da equipe do PSF, em especial os agentes comunitários de saúde⁶, frente ao portador de transtorno mental, é de extrema importância na medida em que os agentes comunitários são preparados para, entre outras atividades, mobilizar recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania.

A profissão de ACS foi criada pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, e seu exercício dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de

⁶A Portaria GM/MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece as atribuições do ACS, e o Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitam uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando-se um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações com características de educação popular em saúde, acompanhamento de famílias e apoio sócio-educativo. (Ministério da Saúde, 1999, p. 54).

Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde. É importante destacar que o Agente Comunitário de Saúde compõe as equipes do PSF, através de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS e, além disso, estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania.

Os agentes comunitários de saúde são interlocutores, em potencial, entre o doente mental, a família e os profissionais da área da saúde (especialmente os do CAPS e PSF), pois encontram-se cotidianamente no espaço da comunidade onde os serviços e as famílias estão localizados e têm muito a contribuir com a rede de atenção básica de saúde. Porém, é necessário que tais profissionais adquiram uma postura livre de preconceitos e sejam preparados de forma qualificada para lidar com as demandas relacionadas à saúde mental, uma vez que o doente mental necessita de cuidados assim como os diabéticos, hipertensos, grupo de risco entre outros que se configuram como população alvo de suas intervenções. (Franco, 2006)

Segundo o Ministério da Saúde (2002), as equipes do PSF devem estabelecer vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população adstrita por meio do conhecimento dos indivíduos; famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo.

Desse modo, o PSF e o PACS incorporam e reafirmam os princípios básicos do SUS como: universalização, integralidade e participação da comunidade bem como alguns ideais da Reforma Psiquiátrica, destacando-se a inclusão social, humanização da saúde-saúde mental, rede, entre outros.

Conforme os estudos de Cury & Galera (2006), as primeiras diretrizes do PACS e PSF foram concebidas em 1993, entre secretarias estaduais, municipais, consultores nacionais e internacionais, em atenção primária da UNICEF e incorporadas por técnicos do PACS de regiões brasileiras com experiência acumulada, porém somente foram divulgadas em 1994. Considerado como uma das maiores prioridades do Ministério da Saúde, o PSF faz parte de uma estratégia

que visa recuperar uma série de iniciativas e de movimentos inseparáveis do Movimento Sanitário, no sentido de reordenação do modelo assistencial em saúde e de consolidação do SUS. Ou seja:

O PSF valoriza os princípios de territorialização, vínculo com a população, trabalho em equipe e participação democrática, participativa e solidária da comunidade de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário. A reorganização das práticas de saúde pautadas pela estratégia do PSF refere-se ao desenvolvimento de ações voltadas ao indivíduo, família e comunidade, tendo como espaços, o domicílio, a comunidade, a unidade de saúde e ainda o acompanhamento dos serviços de referência, se necessário. No PSF, as pessoas e grupos familiares são conhecidos pelo nome e por sua história, da mesma forma que conhecem os integrantes da equipe. Esse estreitamento do relacionamento entre profissionais envolvidos e a comunidade atendida favorece a humanização das práticas de saúde e pode promover a satisfação do usuário. (Cury & Galera, 2006, p. 274)

Cury & Galera (2006) ressaltam ainda que é importante preparar a comunidade para aprender a cuidar do doente mental quando este retorna para sua residência, possibilitando o vínculo com a sociedade. Essa preparação serve de suporte, para as altas-licenças, já que serve de ensaio de como as relações serão estabelecidas e mantidas após alta; a comunidade poderá cuidar do portador de transtorno mental, criando condições para a sua assistência em seu meio social, buscando ajuda no hospital, dividindo responsabilidades e acolhendo a família que convive com o portador de doença mental.

Corroborando com essas idéias, Franco (2006) discorre que:

A inclusão de ações de saúde mental na rede de atenção básica seria prestada pelas unidades básicas de saúde e as do PSF, uma vez que o processo de desinstitucionalização prevê que as pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico estejam (ou passem a estar) na comunidade a que pertencem. Isso evidencia a importância do PSF nesse modelo de assistência, exigindo o envolvimento de todos os profissionais que nele atuam, pois, o vínculo com a população possibilita o conhecimento da realidade de cada cidadão e sua família, em prol da melhora da assistência a ser prestada. (p.35)

Conforme o estudo de Franco (2006), a assistência em saúde mental ainda não é contemplada de forma satisfatória no PSF ao contrário do que acontece com outros programas como: gestante, hipertensos, diabéticos, não existindo atividades ligadas à promoção, prevenção e assistência à pessoa em sofrimento psíquico. Como consequência, tais pessoas são obrigadas a procurar outros serviços de

assistência, como os ambulatórios e, muitas vezes, a internação em hospital psiquiátrico. A autora expõe que a partir do processo de desinstitucionalização, há pessoas na comunidade egressas de hospital psiquiátrico e/ou em processos recentes de convívio com o sofrimento psíquico. No entanto, isso requer capacitação dos profissionais e disponibilidade às mudanças de conceitos que determinam as práticas reabilitadoras ou não.

3.2.

Os Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde Mental na Atenção Básica

De acordo com Pinto (2007), há uma grande potencialidade na adoção de práticas de saúde mental na atenção básica, partindo dos agentes comunitários que conhecem de perto a realidade da vida das comunidades e, com isso, articulam redes de apoio e inserção social. Além disso, possuem sensibilidade vinda do contato constante com a população, do conhecimento da cultura local, da dinâmica das famílias e da comunidade e passam a ter o papel de referência para as situações que envolvem a Saúde Mental. Os ACS podem promover a integralidade, com a sua visão ampla das necessidades de saúde das pessoas, famílias e conhecimento do território. Para reforçar sua argumentação, o referido autor acrescenta que:

Um fato da maior importância para as práticas da Reforma Psiquiátrica é que, quando é iniciado um trabalho de Saúde Mental no território, ligado ao PACS/PSF, constata-se uma realidade que, muitas vezes, não chega nem aos ambulatórios nem aos CAPS: uma imensa faixa de desassistência. São pessoas em cárcere privado, trancadas em cômodos, isoladas em partes das casas ou terrenos, onde moram as famílias ou mesmo perambulando a esmo, em más condições, pelas comunidades. Estas situações, em geral, também não são abordadas pelos Programas de Atenção Básica, que estão, freqüentemente, na lógica da exclusão, por mais que os seus conceitos de base indiquem a responsabilidade integral pela saúde da população. As capacitações corriqueiras do PSF não chegam a mudar a lógica da exclusão que vigora na área da Saúde com relação à loucura e os demais problemas de Saúde Mental. (Pinto, 2007, p. 3)

Nesse sentido, organizar a atenção à saúde mental em rede é importante para produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade ao portador de transtorno mental. Na mesma linha argumentativa de Pinto (2007), Dimenstein (2005) reforça que diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes de PSF e agentes comunitários de saúde. São demandas que necessitam de intervenções imediatas, uma vez que podem evitar a utilização de internações psiquiátricas. Algumas situações abordadas pelo PSF referem-se à problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. De acordo com a autora,

A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de atenção básica desenvolvem são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico institucionalizado e hospitalar de cuidados em saúde mental. (Dimenstein, 2005, p. 5)

A autora ainda acrescenta que:

A integração do PSF com as políticas de saúde mental, por sua vez, implica também transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos 'especialismos', ainda muito arraigada à cultura médico-hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Tal lógica pressupõe relações hierarquizadas de saberes e poderes entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários. Isso quer dizer que é preciso pôr em curso alterações na forma de organização dos serviços, pautadas por mudanças nos saberes instituídos que delimitam quem é competente e quem tem autoridade para lidar com a loucura. Tal perspectiva conduz inevitavelmente a uma discussão a respeito do caráter ideológico do mandato social das profissões envolvidas no campo da saúde e da "vaidade" que atravessa o mundo "psi", que sedimenta a saúde mental como espaço privativo dos profissionais que nele atuam. (Dimenstein, 2005, p. 7)

O autor ainda revela que ainda há muitos entraves para o acesso do usuário ao campo da saúde mental. Destaca-se a dificuldade de inserção da saúde mental na atenção básica e o papel ainda centralizador ocupado pelo hospital psiquiátrico na rede de cuidados básicos. Além disso, é importante priorizar as estratégias que podem ser ofertadas pelos serviços de atenção básica para que a demanda em saúde mental encontre resolutividade na própria unidade básica de saúde,

excluindo o hospital psiquiátrico como fonte principal no tratamento do portador de transtorno mental.

De acordo com Silveira (2009),

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica. As experiências de capilarização e a interiorização das ações de saúde pública, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), são expressivas no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF. Alguns autores apontam para algumas destas potencialidades: fortalecimento do processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliação do controle social, resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários do sistema e redução do uso indiscriminado de alta tecnologia na atenção à saúde. (p. 5)

Pinto (2007) traz a discussão sobre a saúde mental na atenção básica e relata que houve uma mudança significativa no modelo assistencial em saúde que tem no PACS e no PSF as suas bases e possui semelhanças com o que tem sido proposto pela Reforma Psiquiátrica. O autor expõe:

Os conceitos de território, rede, responsabilidade e de integralidade são comuns à Reforma Psiquiátrica e ao PSF/PACS, assim como a orientação geral de que o trabalho de promoção da Saúde, a discussão a respeito das condições de vida e o estímulo à organização das comunidades são partes inerentes ao trabalho. (Pinto, 2007, p. 2)

O autor ressalta que a figura do agente comunitário de saúde traz uma possibilidade de ação comunitária em saúde mental visto que o mesmo geralmente é morador da comunidade e membro do SUS, portanto está mais próximo da realidade dos fatos da saúde da população. Embora reconhecendo que, o agente comunitário de saúde tem a possibilidade de promover mudanças expressivas de inclusão dos moradores da comunidade. O autor sinaliza o risco do modelo hospitalocêntrico capturá-los e, dessa forma, continuarem a reprodução da lógica da institucionalização dos portadores de transtorno mental. Atento a esta possibilidade, Carneiro (2007) destaca que é de extrema importância que as ações da Saúde Mental no PSF façam parte das ações rotineiras do processo de trabalho das equipes. Vale abordar que as ações da equipe do PSF em relação aos portadores de transtorno mental expressem a integralidade, a co-responsabilidade

e a solidariedade, firmando a dimensão do cuidado em atos de inclusão destes usuários no planejamento e nas ações do cotidiano das equipes.

Além do PSF e do PACS, Delfini (2009) relata que o Ministério da Saúde criou através da Portaria nº 154 de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para aumentar as ações e eficácia da atenção básica através do trabalho compartilhado do PSF na rede de serviços e na comunidade na qual está inserido. As equipes são compostas por diferentes profissionais, entre eles, assistente social, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Isso apenas reforça a importância da integralidade das ações do sistema de saúde, a responsabilização tanto da atenção primária quanto de serviços "especializados" como o CAPS no cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Vale destacar que existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

O NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

Sintetizando, um novo olhar sob o portador de transtorno mental na atenção básica exige o estabelecimento de um acolhimento e atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo, bem como uma atuação voltada para a promoção da saúde, a inserção dos usuários em programas que lhes são essenciais e o intercâmbio entre as ações desenvolvidas.

3.3.

Portadores de transtorno mental: da exclusão social para o atendimento humanizado

Conforme o pensamento de Basaglia (2005), a sociedade exclui os grupos indesejáveis. O doente mental é um excluído que jamais poderá opor-se a quem o exclui, porque seus atos estão circunscritos e definidos pela doença. Para o autor, a exclusão social à qual o doente mental encontra-se submetido é grave e reflete a responsabilidade da sociedade na exclusão de grupos indesejados, uma vez que nega o portador de transtorno mental, submetendo-o ao enclausuramento e à mortificação. O autor ressalta que o problema do doente mental é apresentado como um problema social, mas a ser resolvido fora da sociedade, sem que ninguém, além de suas vítimas, deva pagar por causa de uma doença que catalogada como incompreensível se define como perigosa e representa uma ameaça social. Nesse sentido, surgem as instituições segregadoras e de isolamento, como os manicômios.

De acordo com Escorel (1999), a noção “exclusão social” teve origem e alcançou seu maior desenvolvimento em solo francês. Na França, a partir dos anos 80, frente a um cenário de desigualdades e de mudança do perfil de pobreza, a noção de exclusão social estabeleceu-se no debate público e acadêmico. Escorel relata que a categoria exclusão social é construída a partir de uma unidade de características negativas, definidas por oposição e os grupos sociais a que se fazem referência são nomeados como “os sem” (terra, trabalho, pão, normalidade, teto...) e ressalta:

O que vem a unificar todas as manifestações da nova pobreza sob a categoria de exclusão social é que se trata dos “sem trabalho”, dos supérfluos e desnecessários ao mundo da produção e sem perspectivas de (re) inserção ocupacional... Porém, a noção não se restringe a essa esfera; incorpora um viés cultural em que são enfatizados o isolamento dos indivíduos, o abalo do sentimento de pertencimento social, a existência de uma anomia, a questão dos vínculos sociais e da coesão social, a crise identitária. (Escorel, 1999, p.54)

Com relação a exclusão de grupos indesejáveis, Goffman (1990) traz uma discussão importante sobre estigma em que menciona três tipos diferentes: em primeiro lugar, há as várias deformidades físicas; em segundo, as culpas de caráter

individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos, por exemplo, de distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical e, finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. Além disso, Goffman (1990) ressalta:

As atitudes que nós, normais, temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original. (p. 8)

A contribuição de Goffman nos remete ao tratamento que era destinado aos portadores de transtorno mental antes da Reforma Psiquiátrica, conduzindo à uma lógica de segregação e exclusão social, enfatizando a hospitalização e ao convívio longe “dos normais”. É importante ressaltar, que uma mudança de postura frente aos portadores de transtorno mentais não decorre apenas de uma legislação, mas sim, engloba um conjunto de transformações interna e externa ao convívio com o diferente.

A partir da discussão sobre o estigma, pode-se citar Costa (2006) que discorre sobre os diversos tipos de exclusão social nos quais, destaca que esta está associada à inclusão social. Ele categorizou a exclusão social a partir de cinco modos, dentre eles:

Do Tipo Econômico: nesse caso ”a pobreza é entendida como situação de privação múltipla, por falta de recursos. Esta forma de exclusão é caracterizada por más condições de vida, baixos níveis de instrução e qualificação profissional, emprego precário, informal... **Do Tipo Social:** nesse tipo a causa de exclusão “situase no domínio dos laços sociais, é caracterizada pelo isolamento, associada à falta de autonomia pessoal. Exemplos são os idosos que vivem na solidão, doentes crônicos ou acamados, que precisam de cuidado que lhe são negados,... Essa exclusão pode não ter relação com falta de recursos e resulta do tipo de vida

de familiares e amigos ou de uma cultura individualista. O autor ressalta que podemos ter uma exclusão de tipo social sobreposta à exclusão do tipo econômico. **Do Tipo Cultural:** fenômenos como o racismo, xenofobia podem resultar em exclusão de minorias étnicos-culturais. **De Origem Patológica:** essa exclusão refere-se aos doentes e deficientes mentais, aidéticos, pessoas com hanseníase, entre outros. **Por Comportamentos Auto-Destrutivos:** são os comportamentos relacionados com a tóxico-dependência, alcoolismo, prostituição. (Costa, 2006, p.53) (Grifo meu)

Na mesma linha de raciocínio, Rodrigues (1999) destaca que a exclusão é um processo de ruptura com a sociedade que pode assumir duas formas: por um lado, a ruptura com a ausência de um conjunto de recursos básicos (recursos econômicos, sociais, culturais, simbólicos) que afeta populações fragilizadas e, por outro, a ruptura como consequência de mecanismos de estigmatização que afetam grupos sociais específicos. Esses grupos excluídos (que vivem processos de exclusão social) são, antes de tudo, grupos sociais que vivem processos de desadequação tornando-se alvos de processos de rejeição. Nesse sentido, pode-se relacionar o pensamento desse autor com o cotidiano dos portadores de transtorno mental, uma vez que os mesmos são incessantemente submetidos à processos de exclusão e rejeição.

A conduta hospitalocêntrica que bem ilustra no campo da saúde mental os processos de exclusão pode ser associada à definição que o sociólogo francês Robert Castel (1994) fez de exclusão social uma vez que o autor define a mesma como o ponto máximo atingível no decurso da marginalização, sendo este um processo no qual o indivíduo vai progressivamente afastando da sociedade através de rupturas consecutivas com a mesma.

Faleiros (2006) ao refletir sobre a relação entre exclusão social e cidadania, ressalta que a exclusão é um impedimento, uma barreira, uma fronteira elaborada socialmente em relações de poder, que dividem os grupos, de forma a estabelecer hiatos e acrescenta:

A exclusão é definida como negação da cidadania, da garantia e efetividade de direitos civis, políticos e sociais, ambientais e da equidade de gênero, raça, etnia e território. A exclusão é um processo dialético e histórico, decorrente da exploração e da dominação, com vantagens para uns e desvantagens para outros, estruturantes da vida das pessoas e coletividades, diversificada, relacional, multidimensional e com impactos de disparidade, desigualdade, distanciamento, inferiorização, perda de laços sociais, políticos e familiares, com desqualificação,

sofrimento, inacessibilidade a serviços, insustentabilidade e insegurança quanto ao futuro, carência quanto às necessidades, com invisibilidade social, configurando um distanciamento da vida digna, da identidade desejada e da justiça. (p.112)

Dessa forma, a partir da visão dos autores citados, percebe-se que a exclusão adquire diversas formas e resulta em um processo de isolamento, rejeição e repulsa da sociedade perante os grupos “indesejáveis”, incluindo aqui os doentes mentais.

Para reverter o quadro de exclusão social ao qual o portador de transtorno mental está submetido, é necessário, a princípio, mudança na prática dos profissionais referenciados para trabalhar com tal público. Na tentativa de proporcionar um tratamento humanizado, é necessário que os profissionais da saúde sejam capacitados periodicamente, a fim de proporcionar ao paciente psiquiátrico um atendimento diferenciado, possibilitando a compreensão do seu sofrimento psíquico e a inclusão social.

Martins (2003) chama atenção para o fato de que alguns problemas de pacientes podem ser resolvidos ou atenuados quando os mesmos se sentem compreendidos e respeitados por profissionais da área de saúde e relata que a falta de acolhimento pode conduzir ao abandono ou à rejeição ao tratamento. A relação profissional-paciente (no caso específico desse estudo, agente comunitário de saúde - portador de transtorno mental) tem especial importância no processo de adesão ao tratamento. Além disso, sabe-se que, nas áreas da Saúde, um grande desafio para a implantação de medidas humanizadoras é a sensibilização e preparação dos profissionais. O que se observa é que a maioria dos profissionais não foi formada para o desempenho de uma assistência de caráter humanizador, tendo recebido uma adequada carga de conhecimentos técnicos e rotineiros.

No que se refere à capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde, Cury & Galera (2006) reforçam que:

O especialista que atua em PSF traz consigo uma idéia sobre doença mental, família e saúde, que vem sendo construída através dos tempos, dentro de um modelo biomédico e individualista de saúde-doença. É provável que estes atores façam adaptações e ajustes em suas concepções sobre a temática, com o objetivo de melhor assistir esta clientela. O treinamento das equipes de PSF, com ênfase em disciplinas que abordem temas como saúde mental e família, família como unidade do cuidado e reabilitação psicossocial, são indispensáveis, juntamente

com a pesquisa e a educação continuada sobre esta área. A avaliação dos resultados obtidos com a capacitação e as ações facilitará a identificação das estratégias que possivelmente contribuirão para uma assistência de qualidade. (p. 275)

Nesse sentido, a humanização no tratamento direcionado ao portador de transtorno mental revela a necessidade de que os profissionais aperfeiçoem seus conhecimentos continuadamente e valorizem todo o processo de tratamento voltado ao doente mental. No caso específico dos ACS, que através da visita domiciliar tem possibilidades de conhecer e lidar com situações as mais diversas, a capacitação e a supervisão de seu trabalho se tornam fundamentais.

De acordo com Balone (2004), algumas atitudes diretamente relacionadas ao que se pretende com a Humanização do atendimento na saúde implicam em:

Aprimorar o conhecimento científico continuadamente é uma consequência do interesse e competência. Entretanto, o conhecimento continuamente adquirido deve o mais global possível, objetivando sempre atender as necessidades gerais dos pacientes, ao invés de se limitar exclusivamente à questão física ou específica da especialidade. - Aliviar sempre que possível, controlar a dor e atender as queixas físicas e emocionais. A atenção emocional diz respeito à compreensão sensível das queixas do paciente, mesmo que estas não tenham base fisiopatológica ou anatômica. Oferecer informações sobre a doença, prognóstico e tratamento. Os profissionais da saúde não devem economizar palavras ou qualquer outra forma de comunicação. O silêncio do profissional é uma das mais importantes queixas dos pacientes e familiares em relação ao mau atendimento. Respeitar o modo e a qualidade de vida do paciente. O tratamento médico deve, prioritariamente, ser uma atitude que visa melhorar a qualidade de vida do paciente. Respeitar a privacidade (e dignidade) do paciente. Compreender a importância de se oferecer ao paciente um suporte emocional adequado. É alta a porcentagem de pessoas que pioram o quadro e as queixas depois de conversarem com profissionais da saúde, quando a conversa é destituída da sensibilidade necessária ao bem estar emocional e afetivo do paciente. A instituição deve oferecer condições de trabalho adequadas ao profissional de saúde. (p. 2)

Para que o trabalho dos profissionais da área da saúde mental na atenção básica possa vir a se configurar como um trabalho inclusivo, torna-se necessário conhecimento, qualidade técnica e uma boa qualidade de inter-relação humana, além de uma articulação entre os serviços de saúde mental e atenção básica.

As diretrizes da organização das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (Brasil, 2004) reforçam a importância de serem observados os seguintes fatores:

- Apoio matricial em saúde mental, que é constituído por um arranjo organizacional que visa oferecer suporte técnico em áreas específicas às equipes. Esse suporte deverá guardar características de responsabilização compartilhada do cuidado valorizando ações conjuntas.
- Capacitação e formação articulada das equipes envolvidas no cuidado a partir da implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento.
- Inclusão de dados referentes à saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)⁷.

Nesse sentido, torna-se importante sinalizar tais diretrizes, uma vez que estas fortalecem as estratégias imputadas na luta para implantação e manutenção dos serviços territoriais em saúde mental, e contribui para o progresso da política do SUS reforçando os indicadores positivos dos serviços de assistência em saúde mental, o que também favorece o aumento da resolutividade dos problemas de saúde por meio de vinculação das equipes lotadas nos serviços substitutivos ao manicômio em crescente expansão por todo o país. (BRASIL, 2006).

A esse respeito, com base na Política Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde propõe, além da redução dos leitos psiquiátricos, uma rede que substitua o modelo institucionalizado em saúde mental, a qualificação dos

⁷ O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF. O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. A disponibilização da base de dados do SIAB na internet faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS. Atualmente, para que o sistema se transforme, de fato, num sistema que permita o monitoramento e favoreça a avaliação da atenção básica, o Departamento de Atenção Básica/SAS em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE vem investindo em sua reformulação, articulada com os demais sistemas de informação dos outros níveis de atenção. Este processo está envolvendo todas as áreas técnicas do MS que implementam ações básicas de saúde e, posteriormente, será discutido nas instâncias de deliberação do SUS. A conclusão do desenvolvimento do sistema está prevista para o 1º semestre de 2004. (www.portalsaude.gov.br)

profissionais que atuam na área da saúde mental e uma rede integrada de serviços que viabilizem a integração social da pessoa em sofrimento psíquico.

3.4. Saúde Mental e a Rede de Serviços

A palavra rede é bem antiga e vem do latim retis, significando entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento, a palavra foi ganhando novos significados ao longo dos tempos passando a ser empregada em diferentes situações.

De acordo com Schneider (2008), a estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual e 2,3% do orçamento anual do SUS destina-se para a Saúde Mental. Esses dados justificam a necessidade de ações em saúde mental através de uma rede de serviços integrada e intersetorializada.

O Ministério da Saúde (2004) destaca que se faz crucial a integração do serviço de atendimento em saúde com as realidades da comunidade: população, rede de atenção básica em saúde, serviços de educação, instituições do Estado e particulares e demais organizações sociais. Para que essa troca possa acontecer, é importante que as equipes de todas as instituições mencionadas estejam dispostas a participar da vida social da comunidade.

Percebe-se que um dos principais desafios do SUS é a articulação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária, uma vez que a rede com o

potencial de construção coletiva é capaz de dar respostas às demandas de saúde mental e garantir a promoção e inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Vale sinalizar que a rede de saúde mental é diversificada, complexa e deve servir como referência para os usuários, família e profissionais.

É necessária a construção dessa rede comunitária de atenção à saúde mental para a concretização dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido:

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátricos é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental... A idéia fundamental é uma organização em rede e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas em um país de acentuadas desigualdades sociais. (Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 2005, p.21)

Segundo Mestriner (2008), a implementação da rede é uma forma de organização democrática constituída de elementos autônomos, interligados de maneira horizontal e que cooperam entre si. A autora observa que a rede sócio-assistencial representa um conjunto de participantes unindo idéias e recursos em torno de valores, de objetivo e interesses compartilhados capazes de assegurar condições para o atendimento integral dos usuários e/ou beneficiários das ações da assistência social e saúde.

Com base no texto de Ribas (2008), verifica-se que a noção de rede pode ser utilizada para representar as relações que uma instituição estabelece entre seus vários setores e projetos, entre ela e os usuários, entre ela e outras instituições públicas ou privadas, entre ela e representantes da comunidade mais ampla. O trabalho em rede consiste em um caráter pedagógico no qual a democratização da informação e a vivência da liberdade e responsabilidade produzem mudanças de hábitos e posicionamento frente à realidade.

Filho e Nóbrega (2004) discorrem que o processo de desconstrução da rede de instituições totais em saúde mental pressupõe uma estratégia política, institucional e técnico-profissional de desmontagem do circuito hospitalocêntrico e das representações sociais excluientes. Em contrapartida, tenta-se construir novas práticas e instituições que questionam continuadamente as formas

recicladas de opressão, repressão e exclusão social do usuário. A partir das idéias dos autores:

Essas mudanças permitiriam a manifestação de um fluxo dialógico nas práticas intra e interinstitucionais, como também invenções terapêuticas comprometidas com a sua liberdade e inclusão social. Todavia, são mudanças em construção sócio-histórica, contexto que lhes dá um ritmo culturalmente possível, muitas vezes lento. O novo sistema de redes institucionais deveria assim funcionar como um circuito integrado de serviços de saúde mental, com as funções terapêuticas e sócio-assistencial dominantes, tendo como porta de entrada as organizações sanitárias territoriais. (Filho & Nóbrega, 2004, p. 4)

Contudo, de acordo com Costa & Maeda (2001),

O grande desafio na reorganização do sistema de saúde no Brasil é estruturar a Rede Básica de Saúde para prover ações e serviços de saúde suficientes para todos os brasileiros, eficientes na utilização de recursos, eficazes quanto aos resultados e com capacidade de contribuir na transformação dos níveis de saúde da população. (p. 16)

No que diz respeito à rede comunitária de serviços em saúde mental os referidos autores sugerem que esta deveria funcionar como micro-organizações (por exemplo, CAPS, Residências terapêuticas, PSF. Nesse tipo de rede, cada estrutura de atendimento teria canais de comunicação, tanto dentro da própria unidade quanto fora dela, possibilitando a realização de ações integradas de caráter intra e interinstitucional, não somente com as instituições sanitárias, mas também com a justiça, igreja, escola, etc. O funcionamento adequado de cada estrutura supõe também uma gestão comunitária, na qual os trabalhadores vivenciam a cooperação nas relações de poder e interlocuções entre colegas. A horizontalização do poder facilita o fluxo comunicativo entre profissionais e a possibilidade de exercer diferentes papéis e funções relativas ao contexto interventivo multifacetado.

Costa & Maeda (2001) ressaltam que o modelo proposto com a constituição do (SUS) é o piramidal, uma vez que em sua base encontra-se o nível de atenção primário, constituído pela rede básica de saúde, sendo um conjunto de unidades básicas de saúde pertencentes ao poder público, responsáveis pela atenção integral, individual e coletiva por meio da atuação interdisciplinar (enfermeiros, agentes comunitários de saúde, fisioterapeuta, médicos, técnicos em enfermagem, dentistas, entre outros). Os autores sinalizam que essas unidades

caracterizam-se pela integração das ações de promoção e prevenção de saúde coletiva, terapêuticas e de reabilitação, representando a porta de entrada principal do sistema, ou seja, a porta de acesso aos níveis de maior complexidade. Nesse sentido, os serviços de atenção secundária, resultariam nos ambulatórios de especialidades, serviços de diagnose e terapêutica, serviços de urgência e emergência e hospitais gerais, funcionariam como a referência da rede básica.

Ainda com relação a essa rede, os mesmos consideram que são três os aspectos fundamentais que estão presentes na rede básica de saúde, dentre eles destacam-se: o primeiro que refere-se à noção de território, uma vez que tal conceito extrapola a noção de espaço geográfico e constitui-se no espaço econômico, político, cultural e epidemiológico. Esse território permite subdivisões em distrito, área, e micro-área, para ordenar as intervenções que deverão atender às necessidades e às demandas dos diversos grupos sociais existentes no seu interior. O segundo aspecto permite a orientação das práticas sanitárias⁸ dos diversos setores e disciplinas, com vistas a resolvê-los a partir do reconhecimento dos principais problemas apresentados pelos grupos sociais, além de permitir o desenvolvimento da consciência sanitária. Já o terceiro aspecto está relacionado aos problemas que podem ser enfrentados de forma ocasional ou contínua, determinando assim o caráter das práticas sanitárias.

Sobre este último aspecto, ressalta-se que o campo da saúde mental está em franca construção e dentre as fragilidades destacam-se: a articulação frouxa entre os equipamentos de saúde, ainda mais frágil quando se refere aos demais equipamentos sociais da rede de atenção em saúde mental; a necessidade de transformação dos processos de trabalho, frente à mudança de objeto e finalidade de trabalho postos pela reforma psiquiátrica (Aranha e Silva, 2003).

Desta forma, a operacionalização da reabilitação psicossocial tem revelado uma relação conflituosa entre o discurso e a prática cotidiana e ausência ou ineficiência dos serviços de referência, dificuldades de serviços de saúde não operacionalizados em atender as demandas em saúde mental (BRASIL, 2004).

⁸ As práticas sanitárias são definidas por Mendes (1995:93) como “o conjunto de processos de trabalho – articulados em operações – que impõe uma estratégia de ação sobre os determinantes e condicionantes dos problemas ou sobre os efeitos da existência deles num território determinado”.

No que tange a composição da rede de saúde mental do município de Muriaé-MG, esta possui apenas 01 CAPS com uma equipe⁹ composta por 14 profissionais e, em contrapartida, 24 unidades do PSF compostas cada uma por uma equipe¹⁰ de 11 profissionais, a maior comunicação e trabalho em conjunto entre esses dois órgãos seria extremamente benéfica para o tratamento de portadores de transtorno mental. Para isso, necessário se faz conhecer como vem se desenvolvendo o trabalho dos agentes comunitários de saúde junto as demandas de saúde mental do referido município o que será apresentado no capítulo a seguir.

⁹ A equipe do CAPS de Muriaé - MG é composta por: 01 médico psiquiatra, 01 assistente social, 01 psicóloga, 02 monitores de oficinas terapêutica, 04 técnicos de enfermagem, 01 enfermeiro, 01 recepcionista, 02 auxiliares de serviços gerais e 01 auxiliar administrativo.

¹⁰ A equipe do PSF de Muriaé - MG geralmente é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar de dentista, 05 agentes comunitários de saúde e 10 fisioterapeutas que dão apoio às equipes do PSF.