



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANA PAULA LEAL SANCHES DIONÍZIO**

**A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA DO  
TOCANTINS-TO:  
UM ESTUDO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)**

**2016**

ANA PAULA LEAL SANCHES DIONÍZIO

A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA DO  
TOCANTINS-TO:  
UM ESTUDO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Monografia apresentada á Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Miracema, para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Cariaga da Silva.

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2016

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- D592a     Dionízio, Ana Paula Leal Sanches.  
          A atenção em saúde mental no município de Miracema do Tocantins-TO: um estudo com agentes comunitários de saúde. / Ana Paula Leal Sanches Dionízio. – Miracema, TO, 2016.  
          93 f.  
  
          Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2016.  
          Orientadora : Maria Helena Cariaga Silva  
  
          1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Agentes comunitários de saúde. I. Título

**CDD 360**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

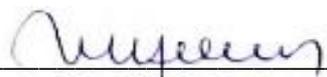
ANA PAULA LEAL SANCHES DIONÍZIO

A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE MIRACEMA DO  
TOCANTINS-TO:  
UM ESTUDO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

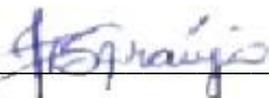
Monografia apresentada á Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Miracema, para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, e aprovado em sua forma final pelo orientador e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 06/04/2016

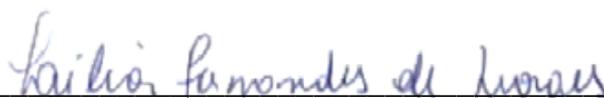
Banca examinadora:



Prof.<sup>a</sup>. Dr(a): Maria Helena Cariaga da Silva, Orientadora, UFT



Prof.<sup>a</sup>. Dr(a): Josenice Ferreira dos Santos Araújo, Examinadora, UFT



Assistente Social: Lilian Fernandes de Moraes, Examinadora, UFT

Á Deus minha fonte de refúgio e fortaleza,  
á minha família em geral, aos amigos. E  
em especial á amada e saudosa vizinha,  
Manoela Sanches, (in memória), da qual  
tenho imensa gratidão, pelo amor, carinho  
e dedicação.

## AGRADECIMENTOS

Á Deus primeiramente toda honra e toda glória, obrigada senhor pela sabedoria que me deste ao enfrentar essa longa jornada, pelas oportunidades, paciência, perseverança, e vontade de vencer nos momentos em que pensei que nada daria certo, obrigada pelo seu sustento e infinito amor.

Aos familiares: Tios (as), Tia Maria (em especial), pela presença constante, pelo carinho e aconselhamentos nos momentos difíceis, aos Primos (as), Sobrinhos (aos), Irmãos e Irmãs: Dayane, Poliana, Milena, Marlena, Dynisson, Thamires, Guilherme, Flávio e Fábio, pessoas queridas da minha vida, que fazem parti de mim e da minha história.

Aos colegas de turma: 2010/01, ao qual tive o privilégio de partilhar desta trajetória de muita luta, obrigada pela parceria, amizade e companheirismo, as festinhas, encontros, e grupos de estudos foram maravilhosos, jamais esquecerei.

Aos mais próximos: Naiane Alves, Raidon Charles, Suzane Pina, Thamires Lorrán (obrigada pelo incentivo, o seu apoio foi muito importante), Wallacy Cavalcante, Jessica Lima, Ana Maria, Maira Alves, Maria Aparecida, Geovanne, Nanna, Silvânia e Maísa em especial, pela parceria e companheirismo nas madrugadas de estudo, também a Rodrigo Mamédio, e os demais das outras turmas em que convivi, meu muito obrigado á todos vocês.

Á minha gatinha Nina, (bicho de estimação) que me faz companhia todos os dias.

A todos os professores (as) da Universidade, queridos e queridas, que contribuíram para minha formação, através do processo de ensino-aprendizagem, vocês foram fundamentais nessa caminhada, em especial á Professora, Dr<sup>a</sup>: Graziela Scheffer Machado, pelo seu carinho, paciência, e orientação na primeira parte deste trabalho, e também á querida Professora Dr<sup>a</sup>: Maria Helena Cariaga, pelo carinho, disponibilidade, por ter aceitado dá continuidade á construção e desenvolvimento deste trabalho. Obrigada Professora.

Aos memoráveis professores (as) do ensino fundamental, e do Ensino Médio, da minha querida e pequena cidade de Ananás - Tocantins agradeço também a vocês que contribuíram para que eu pudesse chegar até aqui.

Aos queridos (as) colegas de trabalho, do Hospital Regional Público de Miracema, em especial á minha coordenadora: Nazaré, pela compreensão e

flexibilidade nos horários de trabalho, aos demais colegas: Ludmila Alves, Daielly Mendes, Flávia Érica, Maíra Alves, Rosane, Auriélia, Rosy, Camila Oliveira, Leoneta Abreu, Luiza Fonseca, Lucivânia Gama, Rogério Leite, Mário Junior, Milene, obrigada pela amizade, pelo incentivo e compreensão.

Também a Assistente Social: Ana Maria Lopes Feitosa, que me deu a oportunidade do Estágio no hospital de Miracema, da qual, foi essencial para minha formação profissional, obrigada Ana, pela sua contribuição nesse processo formativo.

As primeiras pessoas que conheci nesta cidade, meus primeiros vizinhos, dona Maria das Neves, e seu Getúlio, (in memória), á Marcos Araújo, Silvanet, e Naiane Alves, que morou comigo durante os primeiros anos de faculdade, agradeço pelo carinho e mão amiga estendida nos momentos em que mais precisei, por me encontrar longe da família, vocês foram, e são muito especiais no meu caminho.

Aos agentes comunitários de saúde do município, que voluntariamente se propuseram a participar da pesquisa, obrigada á todos pela á contribuição nesse processo.

Ao namorado, Ellis, obrigada pelo amor, pelo carinho, por cuidar de mim, me transmitindo coragem e força para suportar e superar os momentos difíceis saiba que sua presença é muito importante em minha vida, obrigada meu amor também pela compreensão nos momentos de ausência em que não pude estar ao seu lado.

A minha mãe: Eunice Pereira Leal, que mesmo longe se fazia presente através das ligações, me transmitindo o seu amor e o seu cuidado.

A avó (materna): Maria Pereira Leal, (in memória) agradeço pelo seu amor, seu carinho, pela contribuição na minha formação pessoal.

A avó (paterna): Manoela Sanches (in memória), meus eternos agradecimentos, pelo amor, carinho e dedicação, pela educação transmitida que me fez ser hoje quem sou, por ter sido minha amiga, minha companheira de vida até os meus 14 anos de idade, que foram sem dúvida momentos únicos e inesquecíveis a minha existência, obrigada por tudo que fez por mim. O meu desejo seria comemorar essa conquista com um forte e afetuoso abraço, mas, como isso não é possível deixo registrado aqui meus sinceros e eternos agradecimentos.

E em especial principalmente ao meu pai, José Augusto Dionizio, a quem agradeço imensamente, pois, sempre nos incentivou, a mim e aos meus irmãos (as), a estudar, e a acreditar na realização dos nossos sonhos, através da luta, da

dedicação e da persistência, o seu exemplo nos estudos, me fizeram confiar, e acreditar que seria possível sim alcançar o que tanto se almeja.

Por isto, obrigada mesmo meu pai pela força transmitida, pela “injeção” de ânimo, pela cobrança nos estudos que foram essenciais para o alcance deste objetivo, por acreditar e apostar em mim saiba que essa vitória também é sua. E enfim, meu muitíssimo obrigado a todos as pessoas que fizeram parte desse processo de construção e formação profissional.

### **O TEMPO**

Hoje já não é mais noventa, quando você nasceu,  
O tempo passou tão rápido com saúde você cresceu,  
Estudou e se formou presente que Deus me deu.

Peço a você, não se esqueça da velha que a criou,  
Pois no amanhecer dos dias quantas vezes ela rezou,  
Pedindo de coração que o frágil botão se tornasse uma linda flor.

Parabéns pela vitória, que Deus lhe abençoe sempre, plante na terra trabalho.  
Com amor a boa semente, não esqueça que deverá quando sempre trabalhar  
pensar no bicho “gente”. Não mais está aqui a avó que lhe amparou, mas na sua  
luta constante, acredite mais que antes, lá de um lugar brilhante, por Deus sempre  
lhe rogou.

Aqui filha despeço, pensando na vida toda,  
Sentindo a sua alegria que acredite não é miúdo,  
Certamente ao esperar no momento que chegar de receber o canudo.

**AUTOR:** José Augusto Sanches Dionízio.

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas.”  
“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

(Nice da Silveira)

## RESUMO

O Presente Trabalho de Conclusão de Curso propõe á estudar a inserção da saúde mental no contexto da atenção básica no município de Miracema. Inicialmente aborda sobre a democratização da saúde mental no território. Trazendo ainda o resgate histórico das transformações no campo da saúde mental, desde modelo clássico da psiquiatria aos modelos de reforma do pós-guerra, em seguida observa-se o processo de implementação da Reforma Psiquiatria brasileira, e seus rebatimentos para a conquista da Política de saúde mental. Logo após verifica-se o papel estratégico dos agentes de saúde para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Nessa direção, a pesquisa teve como objetivo geral analisar como tem se desenvolvido á atenção em saúde mental na atenção básica, no município de Miracema do Tocantins, por meio dos agentes comunitários de saúde, buscando junto aos sujeitos da pesquisa a compreensão dos mesmos sobre a Política de Saúde Mental, sobre as demandas encontradas no território e quanto à importância do CAPS para a execução do fazer profissional. A metodologia adotada fundamentou-se na análise qualitativa, por meio da aplicação do questionário semiestruturado nas unidades básicas de saúde de Miracema. A pesquisa teve como base o teórico Franco Basaglia pautado na crítica a estrutura excludente dos manicômios, e na luta por serviços substitutivos a essa estrutura, bem como a reinserção social dos institucionalizados por esse sistema.

**Palavras-Chaves:** Saúde Mental, Atenção Básica, Reforma Psiquiátrica, Agentes Comunitários de Saúde.

## **ABSTRACT**

Work Completion of course present proposes to study the inclusion of mental health in the context of primary care in the city of Miracema. Initially addresses on the democratization of mental health in the territory. Bringing even the historical rescue of changes in the mental health field, from the classical model of psychiatry to the postwar reform model, then observed the process of implementing the Reform Brazilian Psychiatry, and their repercussions for the conquest of Policy mental health. Soon after there is the strategic role of health workers to the consolidation of the psychiatric reform. In this sense, the research aimed to analyze how it has developed will mental health care in primary care, in Tocantins Miracema district, through community health workers, seeking from the research subjects will understand the same about Mental Health Policy, on the demands found in the territory and as to the importance of the CAPS to make to the execution of the professional. The methodology was based on qualitative analysis, through the application of semi-structured questionnaire in basic health units in Miracema. The research was based on the theoretical Franco Basaglia guided by the criticism of exclusionary structure of asylums, and in the struggle for alternative services to this structure, and the social reintegration of institutionalized by this system.

**Key Words:** Mental Health , Primary Care , Psychiatric Reform , Mental Health , Community Health Agents .

## LISTA DE SIGLAS

AB- Atenção Básica;

ACS- Agente Comunitário de Saúde;

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial;

CNSM- Conferência Nacional de Saúde Mental;

CSM- Centros de Saúde Mental;

CJM- Colônia Juliano Moreira;

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde;

CMSSJM- Centro Médico Social São José do Murialdo;

CF- Constituição Federal;

DAB- Departamento de Atenção Básica

DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental;

ESF- Estratégia de saúde da Família;

EUA- Estados Unidos;

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;

MPAS- Ministério da Previdência e Assistência Social;

MS- Ministério da Saúde;

MTSM- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental;

NAPS- Núcleos de Atenção psicossocial;

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

OMS- Organização Mundial de Saúde;

RS- Rio Grande do Sul;

SM- Saúde Mental;

SUS- Sistema Único de Saúde;

SIAB- Sistema de Informações da Atenção Básica;

UBS- Unidade Básica de Saúde;

UNICEF- Fundo das Nações Unidas pela Infância;

URGS- Universidade do Rio Grande do Sul;

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Gráfico 1- Entendimento sobre a política de saúde mental.....	68
Gráfico 2 - Demandas de saúde mental identificadas no território.....	72
Gráfico 3 - Procedimentos realizados pelos profissionais.....	74
Gráfico 4 - Procedimentos realizados pelos.....	78

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>17</b>
<b>2 DEMOCRATIZANDO SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO..</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Referência na perspectiva de Franco Basaglia .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 As transformações no campo da saúde mental ao longo do tempo histórico: do modelo clássico da psiquiatria ao modelo hospitalocêntrico .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Do modelo hospitalocêntrico aos modelos de reforma do pós-guerra (segunda guerra mundial) .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>36</b>
<b>3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLITICA DE SAUDE MENTAL NO BRASIL (1970- 2001).....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Da atenção básica a saúde mental .....</b>	<b>45</b>
<b>3.2 Programa saúde da família (psf), á estratégia de saúde da família (esf) .....</b>	<b>51</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>59</b>
<b>4 OS AGENTES DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO NA CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIATRICA NO TERRITÓRIO.....</b>	<b>59</b>
<b>4.1 Procedimentos metodológicos da pesquisa .....</b>	<b>62</b>
<b>4.2 Análise e discussão dos dados .....</b>	<b>65</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>88</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de curso tem como tema: **“A Atenção em Saúde Mental” no Município de Miracema do Tocantins-To: Um Estudo Com os Agentes Comunitários de Saúde**, o mesmo abordará sobre a saúde mental no âmbito da atenção básica, enfatizando e reconhecendo os Agentes comunitários de saúde como profissionais importantes para o fortalecimento da estratégia de saúde família, e consolidação da Reforma Psiquiátrica no Território. A pesquisa de cunho qualitativa foi realizada nas unidades básicas de saúde de Miracema, no ano de 2015.

O interesse pela temática se deu por meio da observação participante realizada no campo de estágio: Hospital Regional Público de Miracema, onde foi possível perceber um número expressivo e recorrente de atendimentos relacionados aos transtornos mentais. Por seu caráter de urgência/emergência o hospital regional não apresenta o acolhimento e acompanhamento necessário a esses tipos de casos, que merece melhor atenção por parte da atenção básica, já que a mesma configura-se como porta de entrada aos serviços básicos de saúde, tendo por finalidade o tratamento ambulatorial, que consiste em uma relação mais próxima e continua com as pessoas da comunidade. Sendo, esse o motivo principal para o estudo e análise desta temática.

Além disso, a curiosidade por esse estudo foi despertado também pelo primeiro contato da pesquisadora com o tema de saúde mental através da participação no grupo de Estudo e Extensão: Saúde, Interdisciplinaridade e Cidadania no curso de Serviço Social, coordenado pela professora Dr<sup>a</sup> Graziela Scheffer Machado. Onde pude obter conhecimento a respeito da Política de Saúde, e da trajetória da Política de saúde mental, articulada aos princípios do SUS. Sendo, a experiência de grande relevância para a ampliação de conhecimentos, contribuindo para a formação profissional.

O olhar sobre a loucura durante séculos pela sociedade, foi a partir de uma visão estigmatizada e preconceituosa, sendo negado aos mesmos o reconhecimento da própria identidade, a partir não somente dos processos resultantes da exclusão social, mas, igualmente pela concepção e transformação dessas pessoas em meros objetos de interesse a ciência psiquiátrica, que

prolongadamente ofereceu-lhes como única resposta ao sofrimento psíquico, o tratamento manicomial, punitivo e segregador.

Dessa forma, compreende-se a interface entre Saúde Mental e Questão Social, tendo em vista, às diversas formas de opressão, estigmatização, preconceito, e desumanidades enfrentadas pelos sujeitos portadores de transtornos mentais, posta como um desafio aos profissionais que atuam nessa área, principalmente o Assistente social, na busca pela garantia, ampliação e consolidação de direitos.

Por isto, a importância desta pesquisa para a categoria profissional que tem nesse campo de atuação expressiva relevância. “A questão social está presente em todos os lugares e se expressa nas mais diversas formas, trazendo impasses para as equipes multidisciplinares. Para o enfrentamento dessa realidade, portanto, faz-se necessário o trabalho do assistente social, que ocupa assim um lugar estratégico e diferenciado nessas equipes”. (LEME, 2013, p. 26).

Para a comunidade, a pesquisa buscou contribuir para a visibilidade, problematização e conhecimento acerca da saúde mental na atenção básica, sobre a importância do profissional agente comunitário de saúde, e o funcionamento dos serviços de saúde de maneira integralizada.

Alem desta introdução, o presente trabalho acadêmico foi estruturado em três capítulos, sendo eles:

**O primeiro capítulo** apresenta-se a trajetória do movimento social liderado pelo psiquiatra Italiano Franco Basaglia, por volta de 1960, que ficou conhecido como movimento de Psiquiatria Democrática Italiana. Importantíssima, para crítica a estrutura social excludente dos hospitais psiquiátricos, e posterior criação de serviços substitutivos a essa estrutura. No item seguinte, as transformações no campo da saúde mental ao longo do tempo histórico, que vai desde modelo clássico da psiquiatria, com a visão da “loucura” como manifestação sobrenatural, ora por deuses, e demônios, até o surgimento do hospital psiquiátrico enquanto instituição medicalizada. Na sequência, o desenvolvimento da psiquiatria contemporânea, com os modelos de reforma do pós-guerra.

**No segundo capítulo** traz-se a contextualização do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, desenvolvido entre os anos de 1978 e 1980, compreendido como um processo político e social, que se propôs a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Consolidada, a partir da conquista da Política Nacional de Saúde mental. No próximo item a articulação entre os serviços de saúde

da atenção básica/ saúde mental. Assim, como uma breve explanação sobre o Programa de Saúde da Família/Estratégia, para a efetivação do trabalho das equipes multiprofissionais nas unidades básicas (UBS).

**No terceiro capítulo**, aborda-se a respeito dos agentes comunitários de saúde, profissionais que tem expressiva relevância para a comunidade, por representar o elo entre usuários e equipes de saúde, contribuindo para o desenvolvimento dos serviços no território, e para o fortalecimento da reforma psiquiátrica. Prosseguimos com a descrição dos procedimentos metodológicos da pesquisa. Logo após, trazemos a discussão e análise dos dados.

Por fim, temos as considerações finais e referencias bibliográficas que delinearão o processo de construção e efetivação do trabalho de conclusão de curso. Em apêndices contamos com: Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e o questionário da pesquisa.

## CAPÍTULO I

### 2 DEMOCRATIZANDO SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DO TERRITÓRIO

“Para que não se esqueça, para que nunca mais aconteça:  
Por uma sociedade sem manicômios!”.  
(Autor desconhecido).

Nesse primeiro capítulo será apresentado o referencial teórico do trabalho, baseado no pensamento e na obra do Psiquiatra Italiano Franco Basaglia que deu origem por volta de 1960 ao movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, que serviu de base para o surgimento de outros movimentos, principalmente para o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Na sequência apresentam-se as transformações no campo da Saúde Mental ao longo do tempo histórico: Do modelo Clássico da Psiquiatria ao Modelo Hospitalocêntrico, assim como, o desenvolvimento da psiquiátrica contemporânea com as transformações: Do modelo hospitalocêntrico aos modelos de reforma do pós-guerra.

#### 2.1 Referência na perspectiva de Franco Basaglia

O movimento Social que ficou conhecido como: Psiquiatria Democrática Italiana, liderado por Basaglia foi impulsionado a partir da crítica a estrutura social excludente dos hospitais psiquiátricos, tendo início nas pequenas cidades de Gorizia e Trieste, localizadas ao norte da Itália, representando um movimento radical e transformador de saberes e práticas relacionadas à saúde mental, cujo, os detalhes serão expostos logo mais.

Esse movimento conforme Basaglia foi um passo decisivo para a história e o desenvolvimento de mudanças profundas no campo da psiquiatria, pois tendo em vista o seu objeto de estudo, a instituição psiquiátrica e o tratamento aos portadores de transtorno mental, o mesmo propõe transformações significativas quanto ao fim da instituição psiquiátrica, como lugar de violência e exclusão. Demandando a partir destas modificações a ruptura com o saber/prática psiquiátrica, e a criação de novas formas de cuidado em saúde mental na lógica do território social, principalmente no que diz respeito ao conceito de desinstitucionalização.

A partir de uma visão crítica e questionadora Baságliã passa a estudar e analisar o funcionamento da instituição psiquiátrica de uma maneira mais ampla e participativa, o que fez com que por meio de suas análises em um manicômio pudesse identificar a instituição como um espaço institucionalizante, de aniquilamento total de vida do doente mental. Tendo, após esse resultado o seu ponto de partida para o projeto de reformulação psiquiátrica.

Dessa forma, Baságliã percebeu que a instituição enxergava o doente mental simplesmente como um mero objeto de intervenção clínica, isto porque, ao serem inseridos neste espaço, a vida, vínculos sociais, e projetos futuros, já não mais teriam possibilidades de se concretizar, já que estando trancados nos manicômios eram impedidos de buscar o seu lugar e conquistar sua própria subjetividade, encontrando-se desse modo, alienado pela doença, dependente da imposição dos outros, e das regras institucionais que o cercavam. (BASAGLIA,apud AMARANTE, 2010).

Diante dessa questão, aos olhos da sociedade estruturada a partir das diferenças econômicas, de classe, e culturais, o doente mental era visto como sinônimo de exclusão, e periculosidade, caracterizados com uma doença incompreensível, incurável, representando uma séria ameaça social. Assim nas palavras de Baságliã:

Foram construídos locais de tratamento, onde se pode isolar o doente mental, tendo sido delegada ao psiquiatra a tarefa de tutelá-lo em seu isolamento, de modo a proteger e defender a sociedade do medo que continua a lhe provocar. Porém simultaneamente a esta ação defensiva, a sociedade demanda do psiquiatra o tratamento do doente. (BASAGLIA apud AMARANTE, 2010, p. 48).

Neste sentido, a sociedade e a ciência psiquiátrica impuseram ao doente mental como forma de tratamento, á exclusão e o isolamento, assim os manicômios foram instituídos em zonas isoladas e periféricas das cidades, cercadas por muros, para que a distância o mesmo fosse obrigado a isoladamente a pagar por esta condição. Dessa maneira institucionalizado pelo sistema psiquiátrico, a situação do doente mental se configurava como caótica e humilhante marcada pela perda total de sua dignidade e individualidade. (Idem, 2010).

Sendo que, ao invés de oferecer o tratamento, e reabilitação psicossocial, as instituições eram impregnadas de medo, desconfiança e autoritarismo, conduzidas por uma relação de poder e repressão.

Essa relação conforme nos afirma Baságliia determinavam o fim, a destruição, do doente mental através de normas forçadas e mortificantes. “Por isto, a figura do doente mental, como nos aparece habitualmente em nossos hospitais, é a do homem oprimido, esmagado, objetivado na instituição, cuja organização e eficiência são condições cada vez mais importantes que a sua reabilitação e ressocialização”. (BASAGLIA apud AMARANTE, 2010, p. 49).

Diante dessas condições, o mesmo acreditava e defendia que a única maneira pela qual a instituição psiquiátrica pudesse realmente ser transformada, seria por meio da mudança das relações sociais, entre cidadão e sociedade, saúde e doença.

Em que a figura humana é colocada como finalidade primária de toda e qualquer ação, e não somente a doença como centro de atenção, pois, a primeira atitude necessária seria reconhecer o homem, com sua vida, e suas necessidades, assim, o mesmo enfatiza:

Isso significa compreender que o valor do homem, são ou doente, ultrapassa o valor da saúde ou da doença; a doença como qualquer outra contradição humana, pode ser usada como instrumento de apropriação ou de alienação de si, portanto, como instrumento de liberação ou de domínio; o que determina o significado e a evolução de toda ação é o valor que se atribui ao homem e o uso que se quer fazer dele, valor do qual se deduz o uso que se fará de sua saúde e de sua doença; com base nos diferentes valores e usos do homem, saúde e doença adquirem ou um valor absoluto (positivo numa, negativo na outra), como expressão da inclusão do são e da exclusão do doente quanto a norma, ou um valor relativo, na qualidade de acontecimentos, experiências, contradições da vida que se desenvolve entre saúde e doença. (BASAGLIA apud AMARANTE, 2010, p. 231).

Se o homem não possui esse valor social da qual Baságliia esclarece, ele continuará permanentemente um ser dominado, condicionado às estruturas sociais excludentes e subordinadoras, e quando diante da doença mental, sujeito a condição de degradação, e segregação como única resposta institucional.

Mediante essa lógica manicomial, Baságliia tem como objetivo central de sua proposta a eliminação total do aparato manicomial. Objetivando não somente a desconstrução da estrutura física dos manicômios, mas, uma nova forma de olhar e entender a loucura, demonstrando ser possível a oferta de outras possibilidades de cuidado e assistência aos portadores de transtornos mentais, por meio dos serviços de base comunitária e territorial. (AMARANTE, 2010).

Por esse motivo, além da necessária mudança das relações sociais, deve-se realizar também o fechamento total do hospital psiquiátrico<sup>1</sup>, na tentativa de ruptura aos mecanismos de sua existência, abrindo nessa direção, espaço para novas formas e serviços de intervenção.

O objetivo prioritário dos primeiros atos da transformação institucional tornou-se, assim, a reconstrução da pessoa e da sua identidade social: despedaçar todas as normas que regulamentavam a dependência pessoal do internado; reconstruir concretamente sua identidade enquanto pessoa jurídica; recuperar os recursos econômicos indispensáveis à sua colocação no circuito das trocas sociais; estabelecer as bases, irreversíveis, da sua condição de membro do corpo social. Em outras palavras, substituir a relação de tutela por uma relação de contrato.(BASAGLIA apud AMARANTE, 2010, p. 248).

A partir daí, buscou-se gradativamente o fim da necessidade de internação, permitindo ao internado a condição de estar de alta hospitalar, adquirindo com essa mudança, o retorno a sua vida social, e como ex-interno podendo utilizar dos espaços da cidade como os lugares de sua reabilitação. Não sendo mais um ser isolado pela doença, mas, uma pessoa pertencente a um espaço social.

Com essa nova estratégia de intervenção, passa-se a serem desenvolvidos e oferecidos os serviços territoriais as pessoas com transtornos mentais, constituindo-se como um poderoso aliado ao processo de desinstitucionalização<sup>2</sup>. Para o autor:

Os novos serviços territoriais, embora se mantendo ancorados no processo de destruição do manicômio do qual vêm a ser continuação, desenvolveram-se segundo modalidades diversas, condicionados pela realidade em que operavam. A necessidade de agir simultaneamente em várias frentes; o estímulo a integrar-se num território ainda marcado pela cultura do manicômio e, ao mesmo tempo, pela presença da sua transformação; a busca por uma participação generalizada, capaz de suportar com os operadores o peso da ruptura da instituição; tudo isso produziu a constituição de espaços o mais abertos possível- não exclusivamente “psiquiátricos” – tendencialmente lugares de encontro entre os ex-internos, a nova clientela e as pessoas da cidade; figuras que,

<sup>1</sup> O fechamento do hospital psiquiátrico não interrompe na origem a cadeia da “psiquiatrização” do sofrimento, produzida alhures; mas, cortando-lhe um anel central, determina significativas adaptações em todos os aparatos médico-psiquiátrico, estruturados em referência à sua função, assim como na cultura que ele mesmo alimenta. (BASAGLIA apud AMARANTE, 2010, p. 247).

<sup>2</sup>Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. (AMARANTE, 1995, p. 494).

embora não tivesse de saída um código comum de reconhecimento, podiam progressivamente descobrir o terreno de uma aliança substancial entre si, na emergência de necessidades e de opressões comuns. (BASAGLIA apud AMARANTE, 2010, p. 252).

Nessa direção os serviços territoriais diferentemente da lógica manicomial procuravam proporcionar um serviço voltado o máximo possível para o reconhecimento das necessidades da pessoa, e não apenas para responder o que as instâncias de controle e de dependência como o hospital psiquiátrico requeriam.

Inaugurando com essa nova modalidade, novos espaços de luta e de projeto comuns, que por meio dessa renúncia as regras institucionais, buscassem primar pelo comprometimento e a mudança na relação com o internado. “Daí a necessidade de buscar respostas que partissem não mais do nível do próprio saber-poder institucional, mas da própria totalidade de sujeito político, de ser social”. (BASAGLIA apud AMARANTE, 2010, p. 250).

Assim, com base nessas categorias de análise do pensamento Basagliano (sociedade, loucura, saúde mental, serviços no território e desistencialização), percebe-se a fundamental importância de Basaglia, e da experiência italiana para o progressivo rompimento com as práticas institucionalizantes<sup>3</sup>, e a abertura para as novas formas de tratar e entender a loucura na sociedade, visando à promoção e o fortalecimento da cidadania dos portadores de transtornos mentais. Na mesma linha de pensamento Rosa (2003) reafirma o significado da perspectiva basagliana:

Desloca o objeto da psiquiatria da doença mental (que coloca entre parênteses) para a “existência sofrimento” do sujeito enfermo. Ou seja, coloca em evidência o sujeito que sofre e suas condições de reprodução social ao orientar a intervenção para a “invenção da saúde” e “produção da vida”. [...], Entende que a questão a ser enfrentada é a emancipação, a ampliação do poder de trocas do portador de transtorno mental, não a cura ou a reparação, mas a reprodução social dos portadores de transtorno mental e, conseqüentemente a sua reinscrição no mundo social. (ROSA, 2003, p. 66).

No próximo tópico serão apresentados os modelos psiquiátricos ao longo do tempo histórico, enfatizando as transformações do modelo hospitalocêntrico excludente dos sujeitos portadores de transtorno mental, para os modelos progressivamente voltados a inserção social no território e à afirmação da cidadania.

---

<sup>3</sup> Excludentes, repressoras e violentadoras.

## 2.2 As transformações no campo da saúde mental ao longo do tempo histórico: do modelo clássico da psiquiatria ao modelo hospitalocêntrico

“O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.  
(Franco Basaglia)

Para compreendermos as transformações no campo da saúde mental, do modelo clássico da psiquiatria ao modelo hospitalocêntrico, faz-se necessário primeiramente um breve resgate histórico da loucura na sociedade, e dos caminhos percorridos pela psiquiatria.

Sendo, as transformações sociais de cada época histórica, determinantes para o conceito de loucura e o cuidado aos loucos pela sociedade, tendo como exemplo inicial, a concepção sobre loucura, na antiguidade grega e romana. Em que, a loucura nesse período era classificada como praticas mitológicas, manifestações sobrenaturais ora por deuses ora por demônios, enquanto que nos tempos da inquisição<sup>4</sup> era compreendido como manifestação do sobrenatural demoníaco, identificada como expressão de bruxaria, fator que gerou perseguição aos portadores pela igreja católica que na época detinha forte poder social. “Assim, os chamados hereges e os divergentes da ideologia cristã dominante eram considerados loucos, bruxos e feiticeiros, servidores do mal e de forças malignas”. (MILLANI E VALENTI, 2008, p. 03).

Na idade média, devido à grande epidemia de doenças que havia se espalhado por toda Europa, (período das cruzadas), os loucos e os portadores de doenças venéreas, passam a ser internados nos chamados leprosários, dando início ao processo de controle e exclusão social dessas pessoas pela sociedade da época.

Já no período renascentista, atiravam-se o louco rio abaixo, em embarcações que recebiam o nome de ‘nau dos loucos’, tendo esse acontecimento um valor simbólico, pois, se acredita que a partir desse evento a sociedade estaria liberta. Sobre esse ritual Foucault pondera:

Confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a

---

<sup>4</sup>A inquisição servia de garantia para a salvação e a religião era o bálsamo que fornecia um sistema de justificativa para as suas miseráveis vidas. (MILLANI, VALENTI, 2008).

água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. (FOUCAULT, 1978, p. 16).

Identifica-se por meio desse acontecimento que a sociedade já atribuía a figura do louco como um empecilho, exigindo que a mesma fosse capaz de romper e extinguir o que lhe prejudicasse o seu devido desenvolvimento, dessa maneira, aos loucos eram fechadas às portas das cidades, significando além do processo de exclusão, a perda de sua própria identidade.

Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. (FOUCAULT, 1978, p. 16).

Por volta do século XVII, em virtude de várias mudanças sociais, tais como: o crescimento desenfreado das cidades pelo processo de industrialização, e o advento do racionalismo moderno, loucura/sabedoria se separam, fazendo com que a sociedade não enxergasse mais a loucura<sup>5</sup> como manifestação sobrenatural, divina, mas, como algo não mais aceitável. Dessa forma, foi coibida a livre circulação dos loucos pelas ruas das cidades, constituindo-se em um processo de exclusão. (MILLANI E VALENTI, 2008). Sobre esse acontecimento Foucault menciona:

Não se esperou o século XVII para "fechar" os loucos, mas foi nessa época que se começou a "interná-los", misturando-os a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco. Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. (FOUCAULT, 1978, p. 83).

Esse período então dá origem aos primeiros estabelecimentos de internação, espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos os que simbolizavam ameaça a lei e á ordem social. (AMARANTE, 1995).

---

<sup>5</sup>Instaura-se, em relação á loucura, uma idéia de animalidade. O louco era visto como um animal, desprovido de sua racionalidade, de sua fragilidade humana e de sensibilidade a dor física. Como a animalidade, a loucura era sinal de humilhação e sofrimento. (MILLANI E VALENTI, 2008, p 8).

Desta forma, o hospital foi inicialmente criado como instituição de caridade, ofertando abrigo, alimentação e assistência aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. O hospital era assim, uma instituição sem caráter médico. (AMARANTE, 1995). Representando apenas um depósito de pessoas consideradas inúteis á sociedade.

Com o decorrer do tempo, outras modalidades de hospitais vão surgindo, não mais com finalidades filantrópicas, de ajuda e assistência aos pobres e miseráveis, mas com funções coercivas e punitivas.

Sendo criado a partir de 1656, o Hospital Geral, pelo Rei da França, o que significou um novo lugar para o louco e a loucura na sociedade ocidental. (AMARANTE, 2007). Á esse momento Foucault refere-se como a “A grande internação” ou o “Grande Enclausuramento”. Em suas palavras, o Hospital Geral seria acima de tudo:

Uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide julgar e executa. (...) soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a ordem terceira da repressão. (FOUCAULT, 1978, p. 57).

Destacando-se que para a sociedade europeia essa experiência de internação no grande hospital geral, configurava-se em um duplo movimento, pois, estando a mesma em períodos de crise o processo de internação tinha a sua função originária, que era impedir á mendicância e a ociosidade, dos considerados inúteis á sociedade: vagabundos, desempregados, etc. Já não estando em períodos de crises, o internamento obtinha outra função social, não somente de recolhimento, mas, dá exigência de mão de obra para o trabalho, da qual esclarece Foucault:

Mas fora dos períodos de crise, o internamento adquire outro sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão de obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. (FOUCAULT, 1978, p. 77).

Por volta do século XIX, inaugura-se a institucionalização da loucura pela medicina, e a ordenação do espaço hospitalar, aprovando à psiquiatria como ciência, e transformando o hospital em uma instituição medicalizada, que caracteriza

o louco enquanto alguém desajustado, descontrolado e perigoso, distinguindo-o das demais categorias sociais. (AMARANTE, 1995).

A partir daí com a transformação do hospital em instituição médica, as funções filantrópicas e assistenciais dão lugar à outra finalidade, a de tratamento dos enfermos.

Nesse processo, a Revolução Francesa foi um marco fundamental a partir do ideário: Liberdade, Fraternidade e Igualdade, fazendo com que muitos médicos fossem trabalhar nas instituições, no sentido de humanizá-las, e adequá-las a nova função social. (AMARANTE, 2007):

Foi assim que os hospitais passaram a ser objeto de profundas mudanças. Primeiro, foram libertados vários internos que ali estavam em decorrência do poder autoritário do Antigo Regime, por outro lado novas instituições assistenciais passavam a ser criadas pelo estado republicano (orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centros de reabilitação). (AMARANTE, 2007, p. 25).

Sendo, que por meio da intervenção médica, o ambiente hospitalar passa a ser apropriada pela medicina, e em contrapartida a medicina se torna um saber e uma prática predominantemente hospitalar, Amarante (2007) reafirma:

O hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem). (AMARANTE, 2007, p. 26).

Nesse contexto, a figura do médico que era convocado somente em casos graves, passa a ser o personagem fundamental, tendo no médico Philippe Pinel sua principal expressão, considerado o fundador da psiquiatria e da clínica médica moderna. Pinel estabelece a doença como problema de ordem moral, definindo a loucura como 'alienação mental', e instaurando o tratamento baseado no isolamento. (AMARANTE, 1995).

A partir do trabalho nos asilos em Paris, Pinel passa a estudar e a observar o comportamento dos doentes, no sentido de compreender as origens da loucura, tendo como resultado de suas observações que os transtornos mentais estariam relacionados às "tensões sociais e psicológicas excessivas, de causas hereditárias ou ainda originadas de acidentes físicos, desprezando a credence

popular de que fosse resultado de possessão demoníaca”. (MILLANI E VALENTI, 2008, p. 10).

Desta forma, Pinel tem como princípio terapêutico e fundamental, a afirmação de que as causas da alienação mental estão presentes no meio social, sendo necessário o afastamento, isolamento do indivíduo enfermo, para um meio onde os mesmos não fossem prejudicados. (AMARANTE, 2007).

Com essa perspectiva de tratamento, ele promove o gesto de libertar os loucos das correntes, acreditando ser essa medida favorável ao tratamento, porém, para Amarante essa ação teve como significado:

O histórico ‘gesto de Pinel’ desacorrentando os loucos poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto, o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. (AMARANTE, 2007, p. 35).

Após a contextualização desses momentos históricos, percebe-se que o modelo clássico da psiquiátrica, conjuntamente às contribuições de Pinel, representou ao saber psiquiátrico, o ponto de partida, para o longo percurso da ciência psiquiátrica, que foi se reconfigurando, e exigindo gradativamente ao campo da saúde mental, novas práticas e possibilidades de cuidado, em substituição ao modelo hospitalocêntrico.

Deste modo, no próximo item seguiremos apresentando às transformações no campo da saúde mental, no período pós-guerra, considerado importantíssimo para o desenvolvimento da psiquiatria contemporânea.

### **2.3 Do modelo hospitalocêntrico aos modelos de reforma do pós-guerra (segunda guerra mundial)**

Para o desenvolvimento da psiquiatria contemporânea, a segunda Guerra Mundial, é marco importantíssimo e determinante, pois é nesse período, durante e logo após que se iniciam as primeiras iniciativas de transformação e reformulação na assistência e tratamento prestada aos portadores de transtornos mentais, passando-

se a incorporar novas formas de intervenção psiquiátrica, Como aponta Amarante (2007):

Após a segunda guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes ali internados nada se diferenciavam daquelas do campo de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana. Assim nasceram as primeiras experiências de 'reformas psiquiátricas'. (AMARANTE, 2007, p. 40).

Com o término da guerra intensifica-se o processo de reformulação, em vista de um novo caminho á assistência psiquiátrica, sendo um dos fatores iniciais a preocupação com os jovens soldados, pois, eram muitos os que regressavam do conflito apresentando sintomas psiquiátricos, o que significou a partir dessa situação em um grave problema de saúde. Além disto, preocupava-se também em devolver estes jovens o mais rápido possível aos campos de batalha. (REINALDO, 2008).

A outra questão consistia em reconstruir os países devastados pelo conflito, sendo necessária mão de obra para o trabalho, e em reparar os danos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da guerra, abrindo espaço para o surgimento das tentativas de superação do modelo tradicional em assistência psiquiátrica. (AMARANTE, 1995).

Desta forma, foram desenvolvendo-se entre os países da Europa e EUA, experiências marcantes de reformas psiquiátricas, organizadas e divididas, conforme a seguinte ordenação: "a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, por fim, a antipsiquiatria e psiquiatria democrática". (BIRMAN e COSTA, 1994 *apud* AMARANTE, 1995, p. 27).

As primeiras experiências surgem com a comunidade terapêutica, desenvolvida nos EUA e Inglaterra, e a psicoterapia institucional na França. A comunidade terapêutica tem como idealizador Maxwell Jones, segundo Amarante (1995):

O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas, e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar, (AMARANTE, 1995, p.28).

A mudança proposta consistia em transformar a relação estabelecida entre o hospital psiquiátrico e a sociedade, para isto, era preciso romper com a

tradicional organização dessa estrutura. “Os hospitais deveriam ter sua estrutura reformulada, de forma que em seu interior as relações entre técnicos e doentes se tornassem mais humanas e democráticas”. (PEREIRA, 2010, p. 228).

Maxwell Jones torna-se o mais importante autor e operador da comunidade terapêutica. Ao organizar, nos primeiros momentos de sua experiência, os internos em grupo de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetiva o envolvimento do sujeito com sua própria terapia e com a dos demais, assim como faz da ‘função terapêutica’ uma tarefa não apenas dos técnicos, mas também dos próprios internos, dos familiares e da comunidade. (AMARANTE, 1995, p.29).

Sobre essa questão, compreende-se que a proposta baseava-se no desenvolvimento do trabalho em grupo, já que, se pretendia á transformação asilar em uma instituição terapêutica com a função de cuidar e recuperar os doentes mentais.

O tratamento era voltado para o trabalho de grupo, porque se acreditava que, vivendo na sociedade em grupos (família, trabalho, vizinhança etc.), o indivíduo reproduziria nas relações com a equipe técnica e com os outros pacientes seus conflitos vividos em sociedade. O hospital deveria ser uma reprodução das relações sociais, onde o indivíduo encontraria espaço para um aprendizado social, em que se cultivassem novas relações menos patológicas. (TEIXEIRA, 1993, p. 123 apud PEREIRA, 2010, p 229).

Por meio, dessa estrutura de tratamento, que permitia á inclusão de grupos dentro da instituição, percebe-se além do compromisso desses grupos com o tratamento, a possibilidade de autonomia para ás pessoas com transtornos mentais, fazendo com que todos, não somente o quadro clínico da instituição se tornassem responsáveis pelo tratamento e funcionamento da mesma, mas, sobretudo o próprio paciente. Em vista disso, Pereira discorre:

A estrutura da Comunidade Terapêutica permitiu a participação de vários profissionais no movimento, dentre eles o assistente social; possibilitou também a existência de uma nova forma de olhar para a instituição familiar no tratamento psiquiátrico, e a família passou a ser incluída como ator importante do tratamento. (PEREIRA, 2010, p. 227).

Embora, essa experiência tenha sido valiosa, a mesma não consegue concretizar plenamente as suas ações, ficando restrito apenas ao ambiente hospitalar, mas, sem dúvida, torna-se uma importante contribuição para o processo de reinserção social, e ampliação dos serviços em saúde mental, por meio do

fortalecimento de vínculos, participação social, de familiares, técnicos, e do próprio paciente.

O próximo modelo de reforma subsequente à comunidade terapêutica é instituído na França, a partir de François Tosquelles no hospital Saint-Alban, nomeada por Daumezon e Koechlin, em 1952, como psiquiatria institucional. (AMARANTE, 1995).

Ao refugiar-se na França durante a Segunda Guerra, Tosquelles percebe as péssimas condições em que vivem os internos do hospital Saint-Alban, o que o faz dá início a um processo de mudança, á começar com este mesmo hospital, que se torna cenário político de encontro entre os principais intelectuais da época, para debates, e reflexões quantos as mudanças á serem tomadas na assistência psiquiátrica. (Idem, 1995).

Mediante ás suas observações, ele identifica que o hospital, que deveria exercer a função terapêutica de cura, nada mais é do que um espaço de segregação e violência, comparadas como já citado, aos campos de concentração, fazendo-se necessárias alterações no intuito de humanizá-las.

Por este motivo, ele considera que somente a partir de uma reformulação no hospital psiquiátrico, voltado a função terapêutica, que se conseguirá alcançar á cura dos enfermos. Amarante ressalta:

Tosquelles acredita que com um hospital reformado, eficiente, dedicado á terapêutica, a cura da doença mental pode ser alcançada e o doente devolvido a sociedade. Um caráter de novidade trazido pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas (daí adequação do termo psicoterapia institucional de Daumezon e Koechlin). A psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da critica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais. (AMARANTE, 1995, p.32).

Assim, igualmente a comunidade terapêutica a psiquiatria institucional, estava voltada somente a dinâmica institucional asilar, a preocupação maior seria “tratar” as características doentias em que se encontrava o hospital psiquiátrico, para que só depois pudessem ter condições saudáveis para o tratamento e plena recuperação dos doentes mentais. Por essa razão, esse modelo recebeu criticas, por não questionar a função social da psiquiatria. Segundo Vertzman (1992):

Esta tradição considera que “a instituição psiquiátrica pode ser um legítimo lugar de tratamento e tecido de vida para determinados sujeitos”. Assim,

defende a permanência do asilo psiquiátrico como lugar de acolhimento do psicótico, na medida em que este “não está em lugar nenhum” e o lugar privilegiado de ligação para o psicótico é o asilo. (Vertzman, 1992, p.19 apud AMARANTE, 1995, p.34).

Como medida de questionamento a esse modelo, surge também na França, outra experiência de reforma, a Psiquiatria de Setor. “Denominado ‘setor’, tal movimento inspira-se nas ideias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas que, no pós-guerra, entra em contato com os manicômios franceses e reivindicam sua imediata transformação”. (AMARANTE, 1995, p. 34).

A partir dos anos 60, com o objetivo de reduzir os custos com hospital psiquiátrico, o governo Frances torna essa experiência uma política oficial, cuja proposta era fazer da internação apenas uma etapa no processo de tratamento, transferindo para a comunidade as funções que eram restritas apenas ao hospital, e instituindo novos lugares de assistência psiquiátrica, como afirma Amarante (1995):

Com a oficialização desta política, os territórios passam a ser divididos em setores geográficos, contendo uma parcela da população não superior a setenta mil habitantes, contando, cada um deles, com uma equipe constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e um arsenal de instituições que tem a função de assegurar o tratamento, a prevenção e a ‘pós-cura’ das doenças mentais. Desta forma, são implantadas inúmeras instituições que têm a responsabilidade de tratar o paciente psiquiátrico em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois de uma internação psiquiátrica. (AMARANTE, 1995, p. 35).

Desta maneira, com os serviços sendo desenvolvidos na comunidade, buscaram-se estratégias que fossem capazes de diminuir a importância e a necessidade do hospital psiquiátrico, ofertando serviços extra-hospital, para que se evitassem as internações ou as reinternações psiquiátricas.

Neste sentido, passaram a ser criados centros em saúde mental (CSM) distribuídos nos diferentes ‘setores’ administrativos das regiões francesas. Diferentemente dos ambulatórios, que eventualmente existiam, e que até então deveriam ser os responsáveis pelo acompanhamento extra- hospital, os CSM agora propostos foram estabelecidos de acordo com a distribuição populacional das regiões. (AMARANTE, 2007, p. 45).

Dividido em setores, de acordo com a divisão populacional dos centros em saúde mental, o processo de regionalização é feito também no hospital psiquiátrico, sendo, a mesma equipe de saúde responsável pelo acompanhamento e

tratamento dos pacientes. Assim, quando houvesse a necessidade de internação o mesmo já estaria familiarizado com a equipe de profissionais. (AMARANTE, 2007).

Esse fator impulsiona o desenvolvimento e o fortalecimento da equipe multiprofissional, que, a partir de então poderia acompanhar o paciente tanto no espaço hospitalar, quanto nos serviços locais na comunidade, considerada, um dos principais avanços desse contexto. Pois, “O tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais”. (Idem, 2007, p. 46).

Entretanto, esta experiência, também ainda se encontrava bastante centrada no modelo hospitalocêntrico, sobre isso, Rotelli *apud* Amarante, discorre:

A experiência francesa de setor não apenas não pôde ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos ‘normais’ e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura. (ROTELLI, 1994, p. 150 *apud* AMARANTE, 1995, p. 36).

Surgindo então nos Estados Unidos, como proposta inovadora á este modelo, à psiquiatria preventiva ou comunitária, no sentido de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais. Pretendendo, não somente a prevenção, mas principalmente a promoção da saúde mental. “A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental.” (AMARANTE, 1995, p.36).

O fundador e principal autor desta corrente foi Gerald Caplan, seu livro: *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (1980) representou uma importante contribuição para as mudanças a serem realizadas na prática psiquiátrica.

Outro fator, categórico para esse período se deu através da realização em 1955 de um censo, nos Estados Unidos, o mesmo se tratava de uma pesquisa sobre os hospitais psiquiátricos, “dando visibilidade às precárias condições de assistência, á violência e aos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internos em todo o país”. (AMARANTE, 2007, p. 47).

O resultado desta pesquisa ocasionou forte impacto ao governo americano, fazendo com que em 1963, o presidente dos Estados Unidos, na época, Kennedy, elaborasse um decreto, estabelecendo mudanças no campo da saúde

mental. Ao começar, com a redução das doenças mentais nas comunidades, e consequentemente a promoção do estado de saúde mental. (AMARANTE, 2007).

Nesse momento, o país vivenciava um cenário de profundas crises e grandes problemas sociais e políticos, tais como relata Amarante (1995):

É um período em que os EUA estão às voltas com problemas extremamente graves, tais como a Guerra do Vietnã, o brusco crescimento do uso de drogas pelos jovens, o aparecimento de gangues de jovens 'desviantes', o movimento beatnik, enfim; de toda uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia. (AMARANTE, 1995, p. 36).

Para Caplan, idealizador desta proposta, todas as doenças mentais poderiam ser evitadas, desde que fossem identificadas precocemente, em seu entendimento as doenças mentais expressava sinônimo de desordens, sendo preciso prevenir e erradicar os males da sociedade. (AMARANTE, 1995).

A partir deste pensamento, tem-se início um movimento pela 'busca de suspeitos', já que, para Caplan, as pessoas somente procuravam os serviços de saúde, quando já se encontravam doentes, desta forma, era preciso sair às ruas, entrar nas casas, para conhecer os hábitos e identificar os vícios, daqueles que poderiam ser considerados 'suspeitos' de algum distúrbio mental. (IDEM, 1995).

Após esse processo investigativo, os considerados suspeitos, eram convidados ao tratamento psiquiátrico, nas palavras de Caplan:

Uma pessoa suspeita de distúrbio mental deve ser encaminhada para a investigação diagnóstica a um psiquiatra, seja por iniciativa da própria pessoa, de sua família e amigos, de um profissional de assistência comunitária, de um juiz ou de um superior administrativo no trabalho. A pessoa que toma a iniciativa do encaminhamento deve estar cônica de que se apercebeu de algum desvio no pensamento, sentimentos ou conduta do indivíduo encaminhado e deverá definir esse desvio em função de um possível distúrbio mental. (CAPLAN, 1980, p. 109 *apud* AMARANTE, 1995, p. 37).

Para intervir nas causas e explicações dos distúrbios mentais, a psiquiatria inova passando a incorporar conceitos não apenas de bases e teorias médicas, mas, de origem sociológica e antropológica, para análise e compreensão dos comportamentos considerados desviantes aos padrões normais da sociedade. Assim, nessa perspectiva de intervenção preventiva, um conceito passou a ser estratégico. Amarante:

O conceito de 'crise', construído fundamentalmente a partir das noções de 'adaptação' e 'desadaptação' social, oriundos da sociologia, e que permitiam a ampliação da ação da psiquiatria para além da noção mais restrita da doença mental. (AMARANTE, 2007, p. 49).

A inserção desse conceito de 'crise', passa a ser o instrumento fundamental para o desenvolvimento do trabalho comunitário, pois, foi a partir deste, que as equipes de saúde, passaram a exercer a função de consultores, assessores, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais, desencadeando a proposta de saúde mental comunitária. (AMARANTE, 2007).

Outro ponto muito importante que se destaca com a psiquiatria preventiva é o conceito de 'desinstitucionalização', que abrange um conjunto de medidas de 'desospitalização', muito importante para as diretrizes da política de saúde mental nos EUA. (IDEM, 2007).

Dessa forma, como medidas de efetivação desta proposta, são desenvolvidos diversos serviços extras hospitalares. "Centros de saúde mental, hospitais dia/noite, oficinas protegidas, lares abrigados, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, etc. (AMARANTE, 1995, p. 41).

Acreditando-se, por meio do conjunto dessas ações preventivas, na diminuição das doenças mentais entre a população, e também, na possibilidade de que os hospitais psiquiátricos deixassem definitivamente de ser o centro de atenção e assistência em saúde mental.

Contudo, a instauração dos serviços substitutivos, representou um aumento significativo da demanda psiquiátrica, tanto para os novos serviços extra-hospitalares, quanto aos hospitais psiquiátricos. "Os próprios serviços comunitários se transformaram em grandes captadores e encaminhadores de novas clientela para os hospitais psiquiátricos". (AMARANTE, 2007, p. 51).

Assim, a experiência da psiquiatria preventiva americana, significou para alguns autores, a inspiração para o início de vários modelos assistenciais em saúde mental, considerada por seus seguidores, uma verdadeira revolução psiquiátrica, já, para outros, representou um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico- psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. (Idem, 2007).

A penúltima experiência de reforma, também na década de 60 é a Antipsiquiatria, desenvolvida na Inglaterra por um grupo de psiquiatras, Ronald

Laing, David Cooper e Aaron Esterson, todos estes com experiência em psiquiatria clínica e psicanálise. (AMARANTE, 1995).

A partir, das experiências de comunidade terapêutica, e psiquiatria institucional, que Laing e Cooper, passam a perceber a situação de opressão e violência acometida contra os considerados 'loucos', não apenas pelas instituições psiquiátricas, mas, também pela família e a sociedade. (AMARANTE, 2007).

Desta forma, o projeto de antipsiquiatria, desenvolvido por estes psiquiatras, surge como um movimento de contestação e rebeldia, não somente ao paradigma psiquiátrico, mais ainda, sob as relações estabelecidas entre sociedade, doente mental, e a família. (Idem, 2007).

O objetivo da proposta era desmistificar o conceito de loucura, procurando romper, com o saber médico, a respeito da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais. (AMARANTE, 1995). Assim, para a antipsiquiatria, não existiria tratamento químico ou físico a 'doença mental'.

No âmbito da antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Na medida em que o conceito de doença mental era tão rejeitado, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da 'doença mental', no sentido clássico que damos à idéia de terapêutica. O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao 'terapeuta' competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria. (AMARANTE, 2007, p. 54).

Nesse aspecto, o projeto estabelecia um diálogo entre razão e loucura, percebendo a loucura entre os homens, e não dentro deles. Assim, essa experiência propôs uma ruptura radical com o saber psiquiátrico tradicional, propiciando importantes contribuições para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização. (AMARANTE, 1995).

Por fim, temos o desenvolvimento da psiquiatria democrática italiana, como já mencionado nas primeiras páginas deste capítulo. Cujas, proposta foi conduzida por Franco Basaglia, que acreditava inicialmente na transformação da instituição psiquiátrica em lugar de cura e reabilitação, porém, com o passar do tempo, e a partir do seu contato com as obras de Michel Foucault e Erving Goffman, seu pensamento é modificado, no sentido de superação do aparato manicomial. (AMARANTE, 2007).

Para essa superação são instituídos outros serviços e espaços que assumissem o lugar e o fechamento das instituições psiquiátricas, destacando-se, segundo Amarante:

São construídos sete centros de saúde mental, uma para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana. São abertos também vários grupos-apartamento, que são residências onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes. (AMARANTE, 1995, p. 49).

Sendo, justamente esses novos serviços substitutivos, o diferencial dessa proposta, pois, diferentemente das experiências anteriores, esta não admitia o uso paralelo com as instituições psiquiátricas, pois, os centros de saúde mental, assumiam a integralidade quanto ao cuidado em saúde mental de cada território.

A partir disto é adotado o conceito de 'tomada de responsabilidade', com os CSM, atuando nos territórios, acreditava-se em restabelecer o lugar social da loucura, que desde Pinel, estava relacionada ao erro, periculosidade, fazendo com que, fossem reconstruídas as formas como a sociedade lidam com as pessoas com sofrimento mental. (AMARANTE, 2007).

Outro ponto crucial, desta experiência, se constitui por meio da possibilidade de inclusão social, para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica, seja através da criação de cooperativas de trabalho, ou da construção de residências para que os ex-internos do hospital pudessem habitar a própria cidade, seja através da invenção de inúmeras formas de participação e produção social. (Idem, 2007).

Sendo assim, enfatiza-se que todas essas experiências de reforma psiquiátrica, trouxeram consigo importantes contribuições para o entendimento e abordagens dos transtornos mentais. Identificando-se por meio destas, conceitos e propostas essenciais para o desenvolvimento da psiquiatria contemporânea, cada uma com suas particularidades, mas, que juntas representaram um conjunto de transformações que impulsionaram mudanças indispensáveis e fundamentais ao campo da saúde mental.

No próximo capítulo um pouco sobre a trajetória do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, e sobre a luta pela conquista da Política Nacional de Saúde Mental.

## CAPÍTULO II

### 3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLITICA DE SAUDE MENTAL NO BRASIL (1970- 2001)

“A reforma veio então para propor um novo olhar sobre a loucura, porque as pessoas veem o que estão acostumadas a ver, [...], é preciso ver diferente para mudar.”  
(Jânio Muniz)

Para a constituição da ciência psiquiátrica brasileira, os modelos de reforma do pós-guerra, anteriormente apresentados, (Inglês, Francês, e Americano), serviram como fonte de inspiração, principalmente o modelo de psiquiatria democrática Italiana, de Franco Basaglia, que muito influenciou para a constituição do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Porém, antes deste movimento surgir, é preciso destacar brevemente a experiência de saúde comunitária, desenvolvida no Rio Grande do Sul, em meados da década de 60, época como todos conhecem marcados pela repressão, controle e perseguição política, tendo como modelo de atendimento em saúde o desenvolvimento de práticas totalmente centradas nos médicos e nos hospitais, fator que em nada favorecia para a saúde das populações, pois, “ao filiar-se à lógica problema-solução estabeleciam relações de dependência, desconsiderando ou hierarquizando diferenças e negando as possibilidades de participação na construção de práticas, no campo da saúde”. (SCARPARO, PIZZINATO, ACCORSSI, 2011, p. 338).

Nesse contexto brasileiro, embora, em plena ditadura militar, é instituído em Porto Alegre- RS, o Centro médico Social São José do Murialdo (CMSSJM), baseado na Psiquiatria Comunitária (originária da Inglaterra). Sendo, considerada como experiência percussora em saúde coletiva no Brasil, sobretudo em saúde mental, isto porque, os serviços em saúde visavam alcançar a população como um todo, e não somente a alguns indivíduos e casos isolados, contrariando o modelo de medicina clássica, e inaugurando o modelo de saúde comunitário.

Podendo assim, ser desenvolvido por um conjunto de profissionais, e não mais unicamente pelo saber médico, o que foi de grande relevância também para o campo da saúde mental, pois, fez com que as equipes incluísse as praticas de

saúde mental no atendimento á saúde da comunidade.(SCARPARO, PIZZINATO, ACCORSSI, 2011).

Além do mais, por meio dessa experiência pode se constatar um envolvimento cada vez maior de trabalhadores de saúde mental nos processos sociais, principalmente no Movimento de Luta antimanicomial, o que foi de suma importância para a criação de novos serviços, e para o posterior processo de reforma psiquiátrica no Estado, Ellis Busnello um dos idealizadores desse projeto, afirma:

Não ter presenciado outro momento no qual se efetivassem tantas mudanças de atitudes e comportamentos. Considerou que a equipe do Murialdo, a partir desta prática, antecipou-se á Conferência de Alma Ata, tendo efetivado cinco antes deste evento, muitas práticas que a conferência viria á indicar. (SCARPARO, PIZZINATO, ACCORSSI, 2011, p.342).

Para o mesmo, que presenciou várias situações inconformáveis, no hospital psiquiátrico são Pedro, onde trabalhava, havia á necessidade urgente de aprofundar seus conhecimentos sobre psiquiatria comunitária, o que o fez despertar para viagens e estudos na Inglaterra e Estados Unidos, em busca de conhecimento sobre a psiquiatria comunitária. (Idem, 2011).

Ao retornar dessas viagens, na tentativa de promover mudanças e transformações em saúde mental, ele, conjuntamente com o diretor do hospital, e uma equipe de profissionais decidem implantar um sistema de saúde comunitário, em parceria com Estado e a Universidade do Rio Grande do Sul (URGS), favorecendo a prestação de serviços médicos a comunidade, e contribuindo para formação profissional de estagiários. “com esta mudança as práticas de atendimento psiquiátrico confinado no hospital, passaram a configurar-se na criação de estratégias de atenção à saúde como um todo”. (SCARPARO, PIZZINATO, ACCORSSI, 2011, p. 343).

A partir da década de 70, com o enfraquecimento das pressões sociais decorrentes da ditadura, o país vai aos poucos tentando se recuperar, iniciando então um processo de abertura política e participação social, por meio de várias mobilizações coletivas, entre elas, o Movimento da Reforma Sanitária, importantíssima ao país, pela busca de uma política de saúde democrática, descentralizada e universal. Associada a este movimento, inicia-se também o processo de Reforma Psiquiátrica. (SCARPARO, PIZZINATO, ACCORSSI, 2011).

O movimento de reforma psiquiátrica desenvolvido entre os anos de 1978 e 1980, é compreendido como um processo político e social, que se propôs a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Dividido em três grandes momentos, primeiramente, crítica ao modelo hospitalocêntrico, que era centrado na doença e no tratamento hospitalar (1978-2001), segundo momento, implantação da rede extra-hospitalar, que significou a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental, (1992-2000). E por último, aprovação da lei nacional de saúde mental, 10.216, que garante a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. (BRASIL, 2005).

A partir do episódio conhecido como a 'crise da DINSAM' (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do ministério da saúde, o movimento da reforma teve o seu estopim, ocasionando na greve dos profissionais das quatro unidades da DINSAM, (centro psiquiátrico Pedro II- CPPII; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira- CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), todas no Rio de Janeiro, em abril de 1978, resultando na demissão de 260 estagiários e profissionais. (AMARANTE, 1995).

O motivo para greve destes profissionais, médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, graduados e estudantes (bolsistas), se deu por diversos fatores, tais como:

Falta de concurso público, precárias condições de trabalho, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, aumento salarial, críticas a cronificação do manicômio, ao uso do eletrochoque, e também por melhores condições de assistência a população, e humanização dos serviços prestados. (AMARANTE, 1995, p. 52).

Todo esse conjunto de reivindicações, e também de denúncias por parte dos profissionais à sociedade, resultou na organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que foi protagonista na luta da reforma psiquiátrica brasileira. Nas palavras de Amarante (1995):

Assim nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1995, p. 52).

A partir daí, passam-se á realizar gradativamente, nas principais regiões do país, (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul), congressos, reuniões e assembleias, com pautas em saúde mental, abordando as questões relativas a crítica ao modelo asilar, dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde mental, privatização da saúde, e as denúncias das muitas 'barbaridades' ocorridas nas instituições psiquiátricas. (AMARANTE, 1995).

Sendo, esses encontros formulados e organizados pelo MTSM, caracterizado por ser múltiplo e plural, por envolver um número significativo de participantes de todas as categorias profissionais, não somente técnicos da saúde, mas, todo o conjunto de pessoas interessadas na luta pelo campo da saúde mental, identificado assim, como o primeiro movimento em saúde mental com ampla participação popular. (Idem, 1995).

Sendo preciso ressaltar, que o início da década de 80, foi marcado pelo estabelecimento de convênio entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS), em que, o MPAS comprava Serviços do MS, exclusivamente para previdenciários e seus dependentes, favorecendo o setor privado em relação ao setor público, por meio do caráter medicamentoso e lucrativo com que se tratava a questão da saúde e da psiquiatria. (Idem, 1995).

Nesse período, as internações psiquiátricas públicas, não eram feitas exclusivamente nos hospitais públicos (da União, estado ou municípios), mas, sobretudo em instituições privadas, que provinham à internação da clientela pública, mediante a remuneração do Estado, ou seja, usufruíam-se dos serviços públicos, para beneficiar o setor privado. (TENÓRIO, 2002).

Já a segunda metade dessa mesma década, teve como repercussão, o resgate da democracia, considerada de suma importância para a sociedade brasileira, através da sucessão de acontecimentos decisivos, como evidência, Amarante, (1995):

É um período marcado por muitos eventos e acontecimentos importantes, onde se destacam a realização da 8º Conferência Nacional de Saúde, e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, também conhecido como o 'Congresso de Bauru', a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou 'Projeto Paulo Delgado', como ficou

conhecido, e a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. (AMARANTE, 1995, p. 75).

Logo após um ano da 8ª Conferência Nacional de Saúde,<sup>6</sup> é realizado em 1987, entre os dias 25 a 28 de junho, a Conferência Nacional de Saúde Mental, tão almejada e de grande relevância para o MTSM, e todos os simpatizantes da época, contando com a participação de 176 delegados, usuários e demais segmentos representativos da sociedade, tendo como eixos temáticos: Economia, Sociedade e Estado, Reforma Sanitária e Reorganização à Saúde Mental, Cidadania e Doença Mental. (Idem, 1995).

Sendo que, após a efetivação desta I CNSM, foi possível ao MTSM, tracejar novos rumos e diretrizes para a saúde mental, pois, a mesma representou o fim da trajetória sanitária, iniciando outro caminho, denominada de trajetória da desinstitucionalização. Sobre esse momento Silveira (2009) pondera:

Pode-se dizer que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao movimento sanitário, nos anos de 1970. Entretanto, é a Reforma Sanitária que dá sustentação política à Reforma Psiquiátrica, até que ela se firme como um movimento social independente. (SILVEIRA, 2009, p. 35).

A partir desta nova trajetória, é organizado o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru- SP, que institui o lema 'por uma sociedade sem manicômios'. De acordo com Amarante (1995):

É nesta trajetória que surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, que é feita a intervenção na casa de Saúde Anchieta, em Santos, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) ou que surge o projeto de lei 3.657/89. Nesta trajetória, passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o país. (AMARANTE, 1995, p. 94).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é inaugurado no país em 1987, na cidade de São Paulo, conhecido como Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, o mesmo, surge inicialmente como instância intermediária entre o hospital psiquiátrico e o ambulatório de Saúde Mental, no final da primeira gestão democrática estadual de São Paulo. Seguindo depois sua própria

---

<sup>6</sup>Realizada em março de 1986, em Brasília- Distrito Federal, representando inegavelmente um marco histórico e decisivo, por meio da elaboração de propostas, como as da Reforma Sanitária, envolvendo profissionais da saúde e sociedade civil, na reivindicação pela saúde como direito de todos e dever do Estado, descentralizando e desburocratizando o seu acesso. Bravo (2008).

trajetória de transformação e substituição do modelo hospitalocêntrico ao modelo de atenção psicossocial. (DEVERA, COSTA- ROSA, 2007).

Em 1989, é realizada a intervenção na casa de saúde Anchieta, em Santos- São Paulo. “Anchieta era uma clinica privada conveniada com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), contratada e financiada pelo poder público para prestar assistência pública à população”. (TENÓRIO, 2002, p. 37).

A intervenção feita pela administração municipal nesta instituição é motivada pela constatação de maus-tratos e mortes de pacientes, o que resultou no fechamento da mesma. Para Amarante (1995):

Isto possibilitou um processo inédito em que foram criadas as condições para a implantação de um sistema psiquiátrico que se definia como completamente substitutivo ao modelo manicomial. Esse sistema substitutivo deu-se com a redefinição do espaço do antigo hospício em vários trabalhos e experiências de parcerias com a municipalidade, e com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, instituições de residencialidade etc. Esse processo santista foi, certamente, o mais importante da psiquiatria pública nacional e que representou um marco no período mais recente da reforma psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 1995, p. 83).

Logo após a intervenção santista, serviços alternativos são implantados funcionando como uma rede integrada de instituições, cujo objetivo era atender as demandas em saúde mental, que eram feitas exclusivamente pelo hospital psiquiátrico, dentre estes serviços: os núcleos de apoio psicossocial (NAPS), responsável pelo atendimento integral às demandas de sofrimento psíquico dos territórios em que se localizavam. (DEVERA E COSTA-ROSA, 2007). Nesse contexto, enfatiza-se que:

No final da década de 1980 a luta pelo fim da instituição psiquiátrica começa a fazer parte da agenda dos movimentos populares organizados, que questionam as modalidades de atenção, além de pautar o resgate da cidadania, secularmente negada ao doente mental. (SILVEIRA, 2009, p.38).

Nessa perspectiva, alinhada a trajetória do movimento de Reforma Psiquiátrica, é apresentada em 1989, uma proposta inovadora de ordem jurídico-política, conhecida como Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG). A proposta desta lei era baseada na busca pela regulamentação dos direitos do doente mental, relacionados ao tratamento, indicando a extinção

progressiva dos manicômios públicos e privados, em substituição por outros serviços não manicomial. (AMARANTE, 1995).

O projeto era simples composto por três artigos, que mais tarde serviriam para consolidar a Reforma Psiquiátrica brasileira, o primeiro artigo visava impedir a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de recursos não manicomial de atendimento, e o terceiro exigia a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária. (TENÓRIO, 2002).

No entanto, este projeto de lei que se tornou polêmico dividindo opiniões, favoráveis e contrárias, não foi aprovado logo de primeira, enfrentando diversas dificuldades, sendo, aprovado dez anos depois pela câmara dos deputados um substitutivo, próximo ao projeto original, de autoria do Senador Sebastião Rocha, porém, considerado contraditório ao projeto de Delgado, pois chegava a autorizar explicitamente a construção e contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos nas regiões onde não existia estrutura assistencial. (Idem, 2002).

Somente, após 12 de luta no congresso nacional a lei é finalmente aprovada, Lei 10.216, de seis de abril de 2001, representando um avanço significativo para o processo de reforma psiquiátrica. Sendo colocadas com a conquista desta lei frente à saúde mental, novas questões e desafios mais amplos, pois, a mesma conforme Devera e Costa-Rosa:

Redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. (DEVERA COSTA-ROSA, 2007, p. 75).

Nesta perspectiva, a Política Nacional de saúde mental, tem por proposta garantir a estruturação de uma rede de atenção integral constituída por vários dispositivos e serviços, que possam possibilitar à atenção psicossocial as pessoas com transtorno mental, através da livre circulação pelas ruas e participação social na comunidade. Segundo Oliveira (2011):

A rede de Saúde Mental deve contar com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Leitos em hospitais gerais, ambulatórios, Programa de Volta para Casa, e ações de saúde mental na atenção Básica, tais como: atendimento individual ou coletivo aos usuários e familiares, oficinas terapêuticas, e

estratégias de prevenção ao transtorno mental entre outros. (OLIVEIRA, 2011. p. 52).

Após a promulgação da Lei no final do ano de 2001, é realizada em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo como representantes os profissionais de saúde, movimentos sociais, usuários dos serviços de saúde e seus familiares, todos juntos pela elaboração de propostas, diretrizes e estratégias em busca da concretização e do fortalecimento da política de saúde mental no Brasil. (BRASIL, 2005).

A partir deste momento, a reforma psiquiátrica consolida-se como política oficial do governo federal, ganhando maior sustentação e visibilidade, sendo criados e ampliados por todas as regiões do país, em especial as de grande tradição hospitalar, os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, atribuindo ao CAPS valor estratégico para a concretização desta mudança (BRASIL, 2005).

Com a implantação dos Centros de Atenção psicossocial pelo país, os portadores de transtornos mentais e seus familiares puderam perceber e visualizar outra forma de vida e tratamento, pois os CAPS<sup>7</sup> têm como função:

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; e regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica. (BRASIL, 2005 *apud* Machado, 2009, p. 59).

Caracterizado por um ser um modelo inovador no campo da saúde mental, o CAPS, oportuniza a democratização, integralidade e o regaste da cidadania dos seus usuários e familiares, com ações voltadas para a reinserção social, por meio do acesso ao trabalho, lazer, e exercício dos direitos civis, políticos e sociais. Dessa forma, o cuidar ao portador de transtorno mental no CAPS é realizado da seguinte maneira, como afirma Mielke (2009):

O CAPS trabalha com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste serviço, a

---

<sup>7</sup>Segundo Portaria N° 3.088/11 estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i, definidos por ordem crescente de porte/ complexidade e abrangência populacional. (BRASIL, 2011).

família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário. (MIELKE, 2009, p.160).

Para o tratamento e recuperação do indivíduo com transtorno mental, a família se configura como essencial, sendo um dos principais objetivos do CAPS, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, contribuindo com a necessária atenção e reintegração social.

Além dos serviços desenvolvidos no CAPS, novas ações são posteriormente tomadas, incluindo a saúde mental no contexto da atenção Básica, formando um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das pessoas. (BRASIL, 2013).

Diante desse contexto histórico de lutas, conquistas, e desafios, o processo de reforma psiquiátrica, significou para o campo da saúde mental, um poderoso aliado, procurando disseminar pelo país não somente a substituição dos serviços centrados no hospital psiquiátrico, por outros substitutivos, como os do CAPS, mas, procurando romper com a lógica manicomial. Segundo Souza e Rivera (2010):

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro inclui, entre outros pontos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a participação da comunidade, a revisão da legislação psiquiátrica, a criação e diversificação de práticas e a ampliação de serviços de base territorial. [...], consiste em uma luta contra a segregação, a violência, a discriminação e a exclusão, apontando para uma radical transformação social. (SOUZA E RIVERA, 2010, p. 123).

Tendo, portanto como bandeira de luta deste movimento, a busca por uma sociedade sem manicômios, que possa ofertar aos portadores de transtorno mental, o resgate da cidadania, por meio do tratamento e acompanhamento de forma digna, respeitosa e humana. No sentido de evitar as medidas e formas equivocadas, e absurdas, que feriam e desrespeitavam os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais.

No próximo item, será apresentada, a atenção básica no Brasil, assim como a inclusão das ações de saúde mental na mesma, como forma de ampliação do modelo de atenção psicossocial frente assistência e o cuidado ao portador de transtorno mental.

### 3.1 Da atenção básica a saúde mental

Após aprovação da Lei Federal nº 10.216 são instituídos os serviços de saúde mental, abertos, de base comunitária, caracterizados como estratégias de extinção progressiva dos manicômios, que redirecionou a assistência em saúde mental, como já mencionado, cabendo destaque aqui, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.

Internacionalmente, a I Conferencia de Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga união soviética, significou um marco mundial importantíssimo sobre os cuidados primários de saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), reunindo representantes de todos os países, onde se propuseram metas e acordos, através do movimento: Saúde para todos no ano 2000. Segundo essa Declaração as ações primarias de saúde, consiste:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978).

É por meio desta conferência, que a atenção básica recebe suas primeiras influências, reafirmando e expressando a saúde como um direito humano fundamental, entendida não apenas como a ausência de doença, mas como o conjunto de bem-estar físico, mental e social, tendo como missão, a ampliação do acesso, e a garantia dos serviços de saúde, principalmente aos países em desenvolvimento, que apresenta uma grande parcela da população em situação de vulnerabilidade social e pessoal, requerendo ações de saúde de caráter universal e integral, de interesse coletivo. (OPAS/OMS, 1978).

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado<sup>8</sup>, democratizada através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da Reforma Sanitária, que tem como princípios de organização e desenvolvimento, a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular, sendo que é na trajetória de descentralização, que os municípios passam a ofertar cuidados primários de atenção à saúde, ampliando suas ações na tentativa de desburocratizar o seu acesso.

Desta forma, no contexto brasileiro, a atenção básica<sup>9</sup> foi pensada e elaborada, em consonância com os princípios básicos do SUS, abrangendo a promoção, e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolvida por meio de práticas democráticas e participativas, tendo como umas das estratégias prioritárias, o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família<sup>10</sup>. (BRASIL, 2007), do qual aprofundaremos mais adiante no tópico seguinte, que também é parte do objeto de nosso estudo.

Com a ampliação da rede de assistência em saúde mental, o conceito saúde/doença adquire uma nova visão pela sociedade, indo além da oferta do tratamento medicamentoso, antes única opção aos portadores de transtornos mentais, isso faz com que os serviços de saúde busquem alcançar ações cada vez mais humanizadas e efetivas em saúde, e saúde mental, conforme Machado (2011):

Esta concepção do SUS ampliou o conceito de saúde para além da dimensão biológica, pois o processo saúde/doença esta contido numa relação com o contexto econômico, social e cultural do país, ou seja, abrange situações de moradia, de saneamento, de renda, de alimentação, de educação, de acesso a lazer e bens. Expressa a necessidade de uma

---

<sup>8</sup>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 sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

<sup>9</sup>A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006, p. 10).

<sup>10</sup>O PSF teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família. (ROSA E LABETE, 2005, p. 1030).

abordagem intersetorial e interdisciplinar, sobre o alicerce dos conceitos de equidade, integralidade e universalidade, que visam, por meio da abordagem interprofissional, atender as necessidades de saúde, de modo amplo. (MACHADO, 2009, p. 62).

Como a atenção básica se configura como porta de entrada preferencial do SUS, está deve ser o primeiro contato dos usuários com sistema de saúde, inclusive das pessoas que demanda um cuidado em saúde mental. Sendo, desenvolvida em um território geograficamente conhecido, o que possibilita ao conjunto de profissionais da saúde, uma relação mais próxima com a comunidade.

Por isto, pode-se afirmar que o cuidado em saúde mental na atenção básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso, tanto da equipe, quanto dos usuários, tornando-se comum que os profissionais se encontrem a todo o momento com os portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2013).

Sendo, destaque para a organização das redes de atenção primária e de saúde mental, alguns princípios que vão de encontro ao SUS e a reforma psiquiátrica, conforme ressalta Botti e Andrade (2008):

Os princípios fundamentais dessa articulação são: noção de território; organização da atenção à Saúde Mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares. (BOTTI e Andrade, 2008, p. 388).

No intuito de desenvolver estratégias melhores de atenção a SM no âmbito da atenção básica, é estabelecida pelo ministério da saúde algumas diretrizes que compõem o cuidado integral a saúde. Entre elas: O apoio matricial, formação como estratégia prioritária para a inclusão da saúde mental na atenção básica; e a inclusão da Saúde mental no sistema de informações da atenção básica (SIAB). Sistema de informação fundamental para a avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde, imprescindível para o acompanhamento na atenção básica, dos casos de transtornos mentais, e das pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos. (SOUZA e RIVERA, 2010).

A partir dessas diretrizes, tem-se o encontro de pontos comuns entre a atenção básica e saúde mental, ambas com princípios pautados através dos eixos de articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos, e integralidade do cuidado.

Tendo, no apoio matricial<sup>11</sup>, assim como na formação/qualificação profissional, instrumentos importantes para a potencialização da rede de saúde mental, conforme afirma Souza e Rivera (2010):

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na AB, é fundamental a qualificação das equipes, potencializando a rede e qualificando o cuidado. Tendo em vista que a maior qualificação aponta para uma reformulação de estratégias de formação, sugere-se que as equipes de apoio matricial possam ser o dispositivo para se adotar uma formação continuada e em serviço, por meio de discussões de textos, casos e situações. (SOUZA e RIVERA, 2010, p. 127).

Em virtude da proximidade com as famílias e comunidade, as equipes da atenção básica se deparam cotidianamente com diversas formas de sofrimento psíquico, problemas em saúde mental e situações de riscos que acabam comprometendo os vínculos familiares e sociais, requerendo dessas equipes, ferramentas estratégicas para o seu enfrentamento, sentidas e vivenciadas por meio das seguintes situações:

Alcoolismo, e outras dependências, psicoses, prostituição infantil, trabalho infantil, depressão, doença clínica grave, exclusão social, violência, suicídios e suas tentativas, uso de benzodiazepínicos, transtorno do humor e retardo mental. (BOTTI, ANDRADE, 2008, p. 388).

Sendo, um passo eficaz para ampla intervenção nesses casos, a saúde mental no contexto da atenção básica, onde todos os profissionais, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos, estejam devidamente preparados e envolvidos profissionalmente para o desenvolvimento e acompanhamento das ações de saúde mental, conjuntamente com os Agentes Comunitários de Saúde.

Cabendo ressaltar, que para inclusão, ampliação e fortalecimento da saúde mental na atenção básica, a estruturação da rede de atendimento se torna fator crucial, pois, com uma rede de cuidados bem estruturada e organizada, consegue-se mais facilmente o alcance e a concretização das ações de saúde que contemple a todos. (SCHNEIDER, 2010). Em relação a esse fator Silveira (2009), também assegura:

---

<sup>11</sup>O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de atenção básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas dos casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação. (BRASIL, 2005, p. 34).

A inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica é uma condição necessária, porém insuficiente se não for acompanhada da efetiva implantação de uma rede de cuidado contínuo e integral, ao lado de um processo de educação permanente para os profissionais envolvidos com a assistência. (SILVEIRA, 2009, p. 16).

Dessa maneira, as intervenções em saúde mental realizadas pelos profissionais de saúde devem promover novas possibilidades, modificando e qualificando as condições e modos de vida dos portadores de transtornos mentais, não se restringindo somente a cura de doenças, mas, buscando a produção de vida e de saúde. Isto significa olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas, construindo juntos, profissionais e usuários, no cotidiano dos encontros novas ferramentas e estratégias para o cuidado em saúde. (BRASIL, 2013).

No entanto, para que as unidades básicas de saúde e os profissionais possam estar executando e fortalecendo a rede de atenção em saúde mental, é preciso que os gestores públicos percebam a importância de criação da mesma, investindo em saúde pública, para o benefício da população, e consolidação do SUS. Do ponto de vista de Souza e Rivera (2010):

Por meio da inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica podemos pensar e traçar outros circuitos para a loucura; podemos ainda, trabalhar no sentido da desmistificação onde a loucura habita no cotidiano, no dia-a-dia. Desse modo, garantir-se-ia em sofrimento psíquico o mesmo espaço que as outras pessoas nas unidades de saúde, nas associações de bairro, nos espaços de trabalho e de lazer. Permitir-se-ia que a loucura e o sujeito em sofrimento coabitassem um espaço múltiplo, atravessado por singularidades, diferenças e conflitos, concedendo-se a loucura um lugar, de fato, na vida. (SOUZA, RIVERA, 2010, p.127).

Lembrando que, embora tenhamos um histórico processo de lutas e reconhecimento social pelos direitos sociais duramente conquistados, vivemos em época de desmonte desses direitos, através da inserção do Neoliberalismo na sociedade, que provoca a diminuição do Estado enquanto efetivador das políticas públicas, visando á diminuição de gastos, seletividade, focalização, desvalorização da classe trabalhadora, e principalmente a falta de investimento em saúde pública.

Tendo em vista essa questão, percebe-se que mesmo diante dos avanços conquistados ao longo dos anos pelos portadores de transtornos mentais, principalmente pela substituição do modelo de assistência centrado no hospital, por outros mecanismos de tratamento, o campo da saúde mental foi, e ainda é marcado

por constantes incertezas e desafios, isto porque, em várias localidades a rede de saúde mental ainda é permeada por algumas fragilidades, que precisam ser rompidas, pois, essas pessoas necessitam de atenção no sentido mais amplo do termo. (SOUZA e RIVERA, 2010). Neste sentido, Campos (2011) também enfatiza:

A atenção fragmentada e centrada ainda nas especialidades se confirma como uma prática hegemônica em muitos países, mesmo nos riscos e industrializados. Diante da fragmentação reinante nas práticas de saúde atuais julga-se necessário discutir a necessidade de uma aproximação da saúde mental junto à atenção primária. No mundo, vários sistemas de saúde de cobertura universal apontam dificuldades para a conciliação entre ambas, como falta de capacitação dos profissionais, e a medicalização crescente e inapropriada dos problemas sociais. Mas temos que na Inglaterra, por exemplo, 90% dos pacientes considerados como tendo problemas mentais tiveram contato com seu clínico geral na atenção primária. (CAMPOS, 2011, p. 4644).

Desse modo, tornar-se fundamental reafirmar o papel estratégico do CAPS<sup>12</sup> para a resolutividade das questões em saúde mental, por meio de ações integradas, e o estabelecimento de parcerias entre as equipes de saúde mental e saúde da família (ESF), buscando uma aproximação maior desses profissionais, e contribuindo para a qualidade dos atendimentos prestados. (SCHNEIDER, 2009).

Para Souza e Rivera, (2010), a articulação entre esses dois campos: CAPS e Atenção Básica propiciam de fato avanços importantes para área da saúde mental, possibilitando transformar, romper, mudar, reformar e reformular o saber e as práticas, através de uma assistência conjunta e compartilhada, assim, estes mesmos autores ressaltam que:

O estabelecimento de articulações entre a saúde mental e a Atenção Básica amplifica o potencial dos CAPS como agenciadores de novos modos de cuidado e estende a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. O CAPS passaria a funcionar, então, como unidade de apoio para as equipes da atenção básica. Não haveria transferência de responsabilidade; os CAPS funcionariam como unidade de apoio que permitiria às equipes da atenção básica oferecer uma atenção mais ampliada às pessoas, caminhando no sentido da integralidade da atenção. (SOUZA e RIVERA, 2010, p. 131).

---

<sup>12</sup>Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É função do CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. (BRASIL, 2005, p. 27).

Já os municípios que não podem contar com essa parceria por não terem a implantação do CAPS, estes devem preparar as equipes de saúde da família, para que possam atender as demandas em saúde mental, essa preparação deve ser feita através de treinamento por uma equipe de saúde mental, seja do próprio município, ou de um município vizinho, ou também da secretaria de saúde do Estado. (COIMBRA, 2006).

Sendo, essa ação muito importante para qualificar o atendimento dos profissionais para com os portadores de transtornos mentais, pois, sem este treinamento e também com a falta de investimento em políticas municipais de saúde mental, pode-se chegar a um atendimento terciário, resultando às vezes em internação hospitalar, o que seria de contramão aos objetivos da reforma psiquiátrica. (Idem, 2006).

Nessa perspectiva, articulação entre saúde mental e atenção básica, é imprescindível a sociedade, visto que, “estudos brasileiros apontam que as queixas psíquicas estão entre as causas mais frequentes de procura por atendimento na atenção primária”. Isto enfatiza o papel fundamental desta no diagnóstico e no tratamento das pessoas com transtornos mentais. (CAMPOS, 2011, p. 4644).

Sendo assim, compreende-se que é mais do que necessário estabelecer e fortalecer esta relação entre redes de saúde, que exige preparação, investimento, acompanhamento e qualificação, para que seus profissionais possam ter como eixo central, o cuidado ao portador de transtorno mental de forma integral, contínua e com qualidade, buscando superar os desafios postos a saúde mental, reafirmando e reconstruindo sempre que possíveis novas possibilidades, para a garantia e consolidação dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

### **3.2 Programa saúde da família (psf), á estratégia de saúde da família (esf)**

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi oficialmente instituído no Brasil em 1994, pelo Ministério da saúde, consolidando-se somente em 1998, como estratégia de reorganização, reformulação de todo o sistema de saúde, com ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da cooresponsabilização, e equidade, priorizando populações com maior risco de adoecer ou morrer, tendo a atenção básica como eixo central. (BRASIL, 2006).

A partir do PSF, tem-se uma nova maneira de trabalhar a saúde, incluindo a família e não somente o indivíduo como foco de atenção e atuação, “Introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção”. (ROSA E LABETE, 2005, p. 1028).

Operacionalizado, por meio da implantação das equipes multiprofissionais nas unidades básicas (UBS), o PSF é composto por: um médico de família (ou generalista), um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, incluindo também as ações de saúde bucal<sup>13</sup>, sendo, cada equipe responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias<sup>14</sup>. (BRASIL, 2006).

Outros profissionais que se fizerem necessários também devem ser incorporados às equipes do PSF, tais como: dentistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, auxiliares de dentista, técnico de higiene bucal, nutricionista, farmacêutico, além do pessoal de apoio: auxiliar de serviços gerais, motorista, auxiliar administrativo, promovendo dessa forma o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, com a junção de diferentes habilidades e conhecimentos, que é fundamental para o desenvolvimento e o alcance dos objetivos em conjunto. (FRANCISCHINE, MOURA, CHINELLATO, 2008).

Por meio da Política Nacional de Atenção Básica, o ministério da saúde estabelece e define algumas atribuições específicas e comuns a todos os profissionais que compõem o PSF, sendo algumas das atribuições comuns:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

---

<sup>13</sup>Para o êxito da saúde da Família é condição essencial, que os profissionais que compõem o PSF, tenham jornada diária de 8 horas por dia, totalizando 40 horas por semana. (BRASIL, 2001).

<sup>14</sup>Existem recomendações e critérios para definir a população atendida por uma USF. Por esses critérios cada equipe de Saúde da Família é responsável por um número determinado de famílias. É o que se chama de “população adstrita.” Recomenda-se que cada equipe acompanhe entre 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. A proporção é definida pelo risco que a região representa para a saúde da comunidade. Onde o risco é maior, recomenda-se que a população atendida seja menor para que as equipes possam se dedicar adequadamente ao seu trabalho. (BRASIL, 2001).

- III. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV. Realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V. Garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde; (BRASIL, 2006).

Como se pode observar, as equipes do PSF visam atender o indivíduo e principalmente a família de forma integral e contínua, por meio do trabalho multidisciplinar, desenvolvendo ações preventivas, e não apenas curativas, de cunho educativo em saúde, sendo capaz de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, se funcionando adequadamente, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população<sup>15</sup>. (ROSA E LABETE, 2005).

Sendo que, através do PSF a estratégia do cuidar em saúde passa a ser efetivada também pelo modelo de assistência domiciliar, onde as pessoas são atendidas em suas próprias residências, o que permiti assim uma aproximação maior entre profissionais da saúde e usuários, oportunizando as mesmas um atendimento diferenciado. (PEREIRA, 2007).

Cabendo enfatizar a importância dessas equipes no PSF, para que o mesmo seja realmente concretizado com ações que reconheça a saúde como direito de todos, pois, para a construção e consolidação de um novo modelo de assistência e cuidado em saúde, a equipe que presta atendimento no PSF tem papel central. (PEREIRA, 2007).

Nessa perspectiva, o trabalho em equipe de cada um dos membros do PSF é estratégia primordial para o alcance dos objetivos, tornando-se necessário e importante que os membros se conscientizem de que o trabalho deve ser compartilhado, levando em consideração diferenças e conflitos para assim, construir

---

<sup>15</sup>Nos municípios brasileiros em que o PSF está implantado adequadamente, com equipes capacitadas e dispendo de estrutura física e equipamentos adequados: diminui o número de mortes de crianças por causas evitáveis; aumenta a quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem-informadas ao parto; melhora a qualidade de vida dos idosos; melhoram os índices de vacinação; os hipertensos e diabéticos são diagnosticados, tratados e acompanhados; os casos de tuberculose e hanseníase são localizados e tratados; diminuem as filas para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde, etc. (BRASIL, 2001).

um projeto comum, humanizado, com responsabilidade e vínculo com a comunidade. (FRANCISCHINE, MOURA, CHINELLATO, 2008).

Sendo, justamente o estabelecimento de vínculos entre profissionais e comunidade, um dos aspectos mais relevantes de implantação do PSF, configurando-se como estratégia significativa para a execução dos serviços de saúde, em busca da mudança do modelo de assistência centrado no médico, na doença e no hospital, para o modelo de atenção integral, com a equipe multiprofissional<sup>16</sup>, que deve contribuir para a qualidade de vida da comunidade. (ROSA E LABETE, 2005).

A partir do momento em que os municípios decidem aderir ao PSF, é preciso primeiramente que a gestão municipal faça um levantamento de dados e análise da realidade local, para que posteriormente as equipes que venham a trabalhar no PSF, consigam desenvolver suas ações de forma resolutiva e qualificada, baseadas nas necessidades reais de saúde da população, conforme o Guia Prático do PSF, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, os primeiros passos consistem em:

Definir os territórios onde começará a ser implantado o PSF; Definir as estruturas físicas das USF (centros ou postos tradicionais que serão convertidos para o modelo do PSF, ou novas áreas físicas que precisarão ser providenciadas); Definir o processo de gerenciamento das unidades de saúde; Definir como os pacientes serão encaminhados para atendimentos de maior complexidade e como, em seu retorno, será feito o acompanhamento deles pela Equipe de Saúde da Família (os fluxos de referência e contra-referência); Definir como os pacientes serão encaminhados aos serviços de apoio diagnóstico, como os exames de laboratório, por exemplo; Acordar com as ESF suas responsabilidades em relação às ações de saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal, ao controle da tuberculose, da hipertensão e da diabetes, e à eliminação da hanseníase, de acordo com as prioridades definidas para a atenção básica e as outras prioridades levantadas pelo diagnóstico da realidade local (endemias, por exemplo). (BRASIL, 2001, p. 62).

Esse conjunto de definições se faz importante, para que o processo de inserção do PSF na comunidade seja planejado detalhadamente, e avaliado com especial cuidado. Visto que, implantá-lo não é tarefa fácil, pois, exige liderança, perseverança, determinação, coragem, tempo, dinheiro, e principalmente

---

<sup>16</sup>A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde, e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas, e intersertorias relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral as famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica. (SCOREL, 2007, p. 165).

compromisso, responsabilidade e investimento em saúde pública nos graus mais elevados. (BRASIL, 2001).

Para ROSA e LABETE (2005), é preciso superar alguns desafios para que o PSF consiga funcionar realmente de forma efetiva, sendo, preciso o comprometimento político dos gestores, federal, estadual e principalmente municipal, no sentido de evitar as trocas excessivas das equipes de saúde da família, (A cada período eleitoral), pois isto dificulta o estabelecimento de vínculos, e compromete o trabalho desenvolvido por essas equipes, é preciso também conscientizar a população quanto à importância do mesmo, despertando-as para a participação e planejamento das ações de saúde, com o objetivo de fortalecer assim, a parceria entre PSF/Família/Comunidade.

Outro fator alarmante que prejudica o desempenho do PSF nos municípios é a falta de profissionais com perfil e capacidade técnica, e em quantidade suficiente para atender ao processo de expansão das equipes, sendo preciso à elaboração de diversas estratégias que venham a superar essa dificuldade, nesse sentido, são estratégias cruciais o reconhecimento social desses profissionais, a possibilidade de educação permanente, a melhoria da infraestrutura das unidades, a possibilidade de participação em congressos e eventos e o estímulo à produção intelectual, além disto, deve-se atentar para adoção de planos de carreira e remuneração adequadas para todos profissionais das equipes. (CONASS, 2007).

Ainda para o CONASS (2007), se faz necessário também, a capacitação e educação permanente de gestores municipais e locais, em busca da viabilização concreta dos princípios da atenção básica, contribuindo para um sistema de saúde que possa ser eficiente em suas ações.

Embora, seja um processo que demanda sacrifício e planejamento, implantar o PSF, resulta em significativas melhorias, pois, contempla a gestão municipal, dá orgulho para os profissionais da área de saúde que trabalham sem motivação, e satisfaz principalmente a população, dando saúde para as crianças, as mulheres, os adultos, os idosos, para as famílias, para a comunidade. (BRASIL, 2001). É um desafio, que deve ser enfrentado constantemente, para a concretização, fortalecimento e valorização da atenção básica, e do SUS, que pretende a ampliação dos serviços, e a promoção da saúde pública de qualidade.

A partir da expansão gradativa do PSF para os grandes centros urbanos, o mesmo deixa de ser direcionado apenas às populações menos favorecida (como de origem), para uma abrangência mais ampla e diversificada, adquirindo novo 'status', de programa para estratégia.

A mudança de nome ocorre quando o ministério da saúde, no uso de suas atribuições, institui a portaria N ° 648/GM de 28 de março de 2006, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, e para o PSF, que ao invés de programa passa a ser denominado de estratégia de saúde da família (ESF), isto por que, o termo 'programa' remete a algo passageiro, temporário, com início, meio e fim, enquanto que estratégia propõe a ser permanente e contínuo. (BRASIL, 2006).

Tendo os mesmos princípios organizativos do modelo anterior (PSF)<sup>17</sup>, a estratégia de saúde da família, é destinada a ofertar os serviços de saúde da atenção primária à população, por meio das equipes multiprofissionais, com um território de abrangência sob os seus cuidados e responsabilidade.

Considerando, os princípios e as diretrizes propostos nos pactos pela vida, em defesa do SUS, e de gestão, foram definidos as competências gerais da ESF, prioritária para reorganização da atenção básica, e consolidação do SUS<sup>18</sup>.

Assim, devido à transformação do PSF em estratégia de abrangência nacional, tem-se a possibilidade da oferta e da cobertura da atenção básica, em níveis cada vez mais amplos. "Neste horizonte, coloca-se a tendência de a Saúde da Família deixar de ser uma política de focalização para compor uma estratégia maior de mudança do SUS". (TEIXEIRA, 2003 *apud* CLOSS, 2013, p. 113).

Reforçando essa ideia, CLOSS (2013), destaca que, para potencializar o alcance e a resolutividade do cuidado em saúde, é necessário o desenvolvimento de ações/ políticas que tomem como objeto a integralidade na atenção básica, investindo em iniciativas intersetoriais, e em relações de corresponsabilização, de apoio entre serviços de saúde que garantam o acesso aos diversos níveis de atenção, tais como entre as políticas de assistência social, habitação, educação,

---

<sup>17</sup>Inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental. Passando a ser considerado pelo ministério da saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova tendência na organização dos serviços e ações de saúde. (SCOREL, 2007).

<sup>18</sup>Essas competências gerais estão definidas, no capítulo II- das especificidades da Estratégia de Saúde da Família, (BRASIL, 2006, p 09).

entre outras, visando a ampliar o leque de atenção às necessidades de saúde das populações adscritas às equipes de ESF, desse modo, conforme a autora torna-se fundamental:

A construção e o fortalecimento de iniciativas de apoio matricial à ESF é uma estratégia em gestão que vai ao encontro da potencialização da integralidade. Apoio matricial e equipe de referência se constituem numa metodologia para a gestão do trabalho que visa a oferecer uma retaguarda especializada e um suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais. (CAMPOS, 2007 apud CLOSS, 2013, p. 122).

Nesse sentido, corroborando ainda com CLOSS (2013), o apoio matricial às equipes, já citado no tópico anterior, possibilita potencialidades para o alcance de resultados, otimizando recursos, e produzindo melhores condições de trabalho, e de assistência em saúde. Alinhada a essa perspectiva, é constituído os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem por objetivo:

Ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações da Atenção Básica, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços de saúde. O processo de trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais que compõem o NASF ocorrerá em parceria com as Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, bem como prestando apoio às equipes por meio de capacitação permanente. (CLOSS, 2013, p. 122).

Instituído em 24 de janeiro de 2008, pela portaria Nº 154, o NASF deve ser composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuem diretamente no apoio às Equipes de Saúde da Família, e na unidade na qual o NASF está cadastrado, o mesmo não se constitui em porta de entrada do sistema, mas deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho em conjunto. (BRASIL, 2008). Sendo essa parceria entre ESF e NASF um importante instrumento para concretização das ações/serviços de saúde.

Conforme a portaria, o NASF deve buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e do compartilhamento de práticas, configurando-se em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, implantado de acordo as necessidades locais de cada território. (BRASIL, 2008) <sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup>Para mais informações sobre o Núcleo de Apoio da Saúde da Família- NASF- consultar a Portaria N. 154, de 24 de janeiro de 2008.

Assim, após a contextualização desse capítulo, partiremos para a importância do trabalho do agente comunitário de saúde, para o fortalecimento da estratégia de saúde da família, e para a consolidação da reforma psiquiátrica.

### CAPÍTULO III

#### 4 OS AGENTES DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO NA CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO TERRITÓRIO

Os Agentes comunitários de saúde passam a existir no contexto da saúde no Brasil, a partir da criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que serviu de base para o desenvolvimento do PSF, conforme já apresentado, esses profissionais atuam nas unidades básicas de saúde, tendo como função principal promover o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. (BARROS, 2010).

Assim que surgiram, não havia para essa categoria profissional qualificação, muito menos regulamentação, somente com a percepção de sua importância para o funcionamento do PSF, e em razão do seu papel estratégico para atenção básica, foi que se pensou na necessidade de capacitar esse profissional. Desta forma, a profissão em termos de lei passa a ser criada somente em 2002, revogada para que alguns ajustes pudessem ser feitos em 2006. (BARROS, 2010).

No intuito de proporcionar qualificação a estes profissionais, o Ministério da Saúde lança em 2009, o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, elaborado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), com o objetivo de contribuir e oferecer subsídios ao trabalho destes profissionais, reconhecendo e entendendo que esse processo de qualificação deve ser constante. (BRASIL, 2009).

Para a realização do trabalho como Agente de saúde, o mesmo deve pertencer à comunidade, e como membro desta, ter um envolvimento pessoal com ela, promovendo ações educativas e preventivas a população, pautadas na organização, valorização e desenvolvimento comunitário, essas ações na execução do seu trabalho resume-se em: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar (OLIVEIRA, 2003).

Sendo, um dos primeiros passos para a concretização do seu trabalho como ACS, conhecer muito bem o território de abrangência, o segundo é compreender que a família é ponto de partida para o desenvolvimento do seu trabalho, por isto, conforme o MS, o Agente de saúde deve:

Estar sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos culturais e ambientais

que interferem na saúde. Ao identificar ou tomar conhecimento da situação-problema, você precisa conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-las (los) à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada. Caso a situação-problema seja difícil de ser abordada ou não encontre abertura das pessoas para falar sobre o assunto, você deve relatar a situação para a sua equipe. (BRASIL, 2009).

A partir destes passos iniciais, para produzir o cuidado à saúde da população, os ACS tem como principais instrumentos de trabalho: a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias<sup>20</sup>, o mapeamento da comunidade e as reuniões com a equipe de saúde, sendo, o conjunto desses instrumentos de trabalho fundamentais para a identificação das necessidades em saúde da comunidade, que irão servir para a construção do diagnóstico em saúde, e posteriormente, com bases nessas informações, para o planejamento e execução das ações. (BRASIL, 2009).

Desta forma, dentro das equipes de saúde da família, os Agentes têm papel central, pela capacidade de estabelecer entre os profissionais e a comunidade, uma relação muito importante, baseada na confiança, na troca e na parceria, segundo Cardoso e Nascimento:

O fato de o ACS estar inserido na comunidade na equipe de saúde, pertencendo a um só tempo a esses dois grupos, pode agir como facilitador na criação de vínculos, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde. A interação desta dupla inserção do ACS é exercitada a cada dia de trabalho, na medida em que este profissional consegue consolidar seu espaço na equipe de saúde e na comunidade. (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010, p. 1511).

E esta parceria também deve ser firmada, quando se trata de saúde mental, pois, é preciso diariamente construir e fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde, e os portadores de transtornos mentais, buscando por meio do processo de desinstitucionalização, ações em saúde mental integradas ao sistema de saúde e ao contexto comunitário, visto que, o objetivo principal deste movimento, consiste em promover a reinserção social destas pessoas que foram excluídas da sociedade pelo modelo manicomial, o que exige para esta reinserção, novas de formas de cuidado, e a ampliação das redes de assistência aos portadores de transtornos mentais. (BARROS, 2009).

---

<sup>20</sup>O cadastramento possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições de habitação, o desemprego, as doenças referidas etc. (BRASIL, 2009, p. 39).

Neste sentido, no âmbito da atenção básica, os ACS têm expressiva relevância, por conhecer as necessidades do território, e pelo vínculo desenvolvido com a população. Assim, Barros (2009) destaca:

O ACS tem a potencialidade de fortalecer a integração entre a comunidade e os serviços locais de saúde, configurando-se, portanto, como um profissional fundamental no acompanhamento às pessoas com transtornos mentais. Entendendo, portanto, que o ACS é, potencialmente, um ator importante no processo de consolidação da reforma psiquiátrica. (BARROS, 2009, p. 228).

Diante desse potencial, para ampliar a capacidade de cuidado e assistência em saúde, faz-se necessário o reconhecimento dos transtornos mentais no campo da atenção básica, visto que, a saúde mental não está dissociada da saúde geral. Por isso, os profissionais com base em seu próprio fazer profissional tem por desafio não somente perceber, mas, intervir sobre as demandas vinculadas ao território. (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, os profissionais precisam compreender que o cuidado em saúde mental, pode ser realizado por todos os trabalhadores de saúde, independentemente de suas formações específicas, não se restringindo à cura de doenças, mas, pelas possibilidades de cuidado que considerem a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013).

Dessa forma, vale ressaltar, que a inserção da saúde mental na atenção básica é estratégia significativa, para as equipes de saúde, usuários, e a comunidade em geral. Podendo, através dos atendimentos das demandas, possibilitar maior acesso da população, quanto à Política de Saúde, conjuntamente a Política de Saúde Mental.

Porém, sabemos que essas mudanças não competem isoladamente aos profissionais que atuam na execução dessas políticas, mas, que é uma questão inerente ao poder público na esfera: Federal, Estadual e Municipal, para que os programas, projetos que integram a política de saúde sejam materializados na vida da população.

Neste contexto, apesar dos avanços da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, não podemos esquecer o avanço do ideário Neoliberal nos 1990, que surgem como um processo de desaceleração de investimentos em políticas públicas, principalmente com forte impacto na área de saúde, provocando

consequentemente a precarização e desvalorização dos trabalhadores em saúde, incluindo os ACS, que necessitam de ampla formação e subsídios para o desenvolvimento de trabalho, na promoção da assistência em saúde e saúde mental. Assim, para o fortalecimento da Estratégia de saúde da família, e da Reforma Psiquiátrica no território:

A qualificação/capacitação do profissional de saúde, certamente, é um dos caminhos, e, não menos importante, um dos desafios a afrontar para que se alcance maior qualidade dos serviços de atenção à saúde. Outras medidas são imprescindíveis, entre elas o aumento salarial, novas formas de contratos de trabalho que garantam maior estabilidade e fortaleçam o vínculo empregatício, além da melhoria das condições de trabalho e de infraestrutura dos relevantes serviços de responsabilidade social prestados pelos profissionais do Programa Saúde da Família. (COTTA, 2006, p. 17).

No próximo tópico abordaremos os procedimentos metodológicos da pesquisa, assim como a análise e discussão dos dados, obtidos junto aos sujeitos da pesquisa, conjuntamente com os referenciais teóricos que foram utilizados nos capítulos anteriores deste trabalho.

#### **4.1 Procedimentos metodológicos da pesquisa**

Para o desenvolvimento da pesquisa científica os passos metodológicos ocupam lugar central, pois, abrange um conjunto de técnicas que irão dar sustentação ao processo investigativo, mas, que não deve ser enquadrados apenas nesse quesito, pois, para o campo das ciências sociais aplicadas, da qual nossa pesquisa se relaciona, é necessário ressaltar que a mesma tem por base a historicidade dos fenômenos, isto significa:

(...), que o labor científico caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas. E ao fazer tal percurso, os investigadores aceitam os critérios da historicidade, da colaboração e, sobretudo, revestem-se da humildade de quem sabe que qualquer conhecimento é aproximado, é construído. (MINAYO, 2007, p. 11).

Dessa forma, nesse campo, para se chegar ao conhecimento da realidade social, considera-se muito mais do que técnicas, pois, é preciso levar em conta, além dos determinantes sociais, as relações humanas, entre sujeito e objeto, o que a torna essencialmente qualitativa. (MINAYO, 2007).

O processo metodológico condiz então á um conjunto de fatores, que juntos devem oferecer os subsídios necessários para os percursos da pesquisa, nesse sentido, segundo Minayo, a metodologia é:

O caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). (MINAYO, 2007, p.14).

Sob esse ângulo, a pesquisa foi conduzida por uma análise qualitativa<sup>21</sup>, que prioriza como pratica social, o contato direto com o sujeito da pesquisa, isto na busca por significados, interpretações, que considerem o modo de vida, sentimentos, crenças, valores, cultura, tendo na realidade cotidiana vivenciada e construída pelos sujeitos, o fundamento para a análise, e interpretação dos dados. Conforme nos afirma Martinelli:

No que se refere às pesquisas qualitativas, é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa. Uma consideração importante nesse sentido é que a pesquisa qualitativa é, de modo geral, participante, nós também somos sujeitos da pesquisa. (MARTINELLI, 1999, p. 25).

Pautada nesse processo metodológico, a pesquisa teve como objetivo geral analisar como tem se desenvolvido á atenção em saúde mental na atenção básica, no município de Miracema do Tocantins, por meio dos Agentes comunitários de saúde.

O estudo foi desenvolvido no ano de 2015, dividida em duas etapas, a primeira referente à observação participante<sup>22</sup>, realizada no campo de estágio, hospital regional público de Miracema, onde foi realizado o registro informal dos dados, no diário de campo do estágio (caderno de anotações da pesquisadora), em relação aos casos de transtorno mental atendidos na instituição, para que depois

---

<sup>21</sup>Isso pressupõe um outro modo de fazer pesquisa, no qual não deixa de ser importante a informação quantitativa, mas sem que se excluam os dados qualitativos. Esses dados ganham vida com as informações outras, com os depoimentos, com as narrativas que os sujeitos nos trazem. (MARTINELLI, 1999, p. 21).

<sup>22</sup>A observação participante, ou observação ativa, consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Nesse caso, o observador assume, pelos menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí por que se pode definir observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo. (GIL, 2006, p.113).

pudessem ser problematizados no projeto de pesquisa, e posteriormente neste trabalho de conclusão, sendo essa técnica um elemento importante para o processo de investigação social, conforme nos diz Gil:

A observação constitui elemento fundamental para a pesquisa, desde a formulação problema, passando pela construção de hipóteses, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, a observação desempenha papel imprescindível no processo de pesquisa. (GIL, 2006, p.110).

A segunda etapa se deu através da aplicação do questionário semiestruturado, composto por perguntas abertas e fechadas, a respeito da saúde mental na atenção básica. Sendo essa técnica um instrumento organizado por um conjunto de questões pré-elaboradas, distribuídas sequencialmente por itens que constituem o tema da pesquisa, cuja finalidade é garantir por meio dos informantes, repostas por escrito ou verbalmente sobre o assunto, para isto é necessário que o pesquisador tenha clareza a respeito das informações que busca, e dos objetivos da pesquisa. (CHIZZOTTI, 2009).

Como os sujeitos da pesquisa foram os agentes comunitários de saúde, o cenário de realização da mesma, ocorreu nas unidades básicas de saúde da atenção primária, onde se fez pela pesquisadora uma visita á essas UBS, sendo elas: Posto de Saúde Universitário, do Correntinho, de Santa Filomena, do Santos Dumont e a Policlínica.

Através dessas visitas, foi possível inicialmente fazer uma breve explanação sobre os objetivos da pesquisa, e a importância desta para todos que nela serão envolvidos, após, esse procedimento, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (Apêndice), que autoriza pelos participantes á aplicação da mesma.

Para o auxílio das respostas, os questionários foram entregues, tendo como amostra um total de onze questionários respondidos. Sendo, que dos profissionais das quais me dirigi para á pesquisa somente uma se negou á participar.

A estrutura organizacional do questionário se deu pelo número de nove questões, seguindo a divisão por eixos temáticos, para uma melhor compreensão pelos seus respectivos participantes. Sendo eles: Identificação no território, Concepções, Demandas em saúde mental, e Propostas.

Dessa forma, para a construção do processo investigativo, e posterior análise dos dados, foram feitas a utilização das seguintes técnicas: a observação participante, o levantamento bibliográfico em relação ao tema, através da consulta em livros e sites científicos, (artigos científicos), e aplicação do questionário.

Ressaltando que a identidade de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa foi preservada, observando os procedimentos éticos em pesquisa, e conforme o termo de consentimento, que garante aos mesmos, o sigilo e o anonimato.

A pesquisa teve como fundamento de análise a teoria de Franco Basaglia, pautada na crítica a estrutura excludente dos manicômios, e na luta por serviços substitutivos a essa estrutura, bem como a reinserção social dos institucionalizados por esse sistema.

#### 4.2 Análise e discussão dos dados

Os resultados da pesquisa foram obtidos por meio da aplicação do questionário semiestruturado, composto pelos eixos temáticos, sendo que o primeiro refere-se a identificação do profissional em seu ambiente de trabalho, ou seja, o tempo de trabalho como agente comunitário de saúde. Para esse eixo organizamos os dados em um quadro, complementados com a análise qualitativa sobre a questão. Conforme mostrado a seguir:

Tabela 01: Identificação

Participantes:	Tempo de trabalho como agente de saúde:
1	09 anos
2	10 anos
3	09 anos
4	13 anos
5	15 anos
6	09 anos e 7 meses
7	11 anos
8	09 meses
9	15 anos
10	08 anos
11	06 anos

Fonte: Dados da pesquisa realizada com os Agentes comunitários de saúde, agosto de 2015.

## Eixo I- Identificação no Território

Nesse primeiro eixo demonstrando pela Tabela 01, identificou-se que os profissionais da atenção primária do município, os ACS<sup>23</sup>, possuem uma permanência de trabalho duradoura nas unidades em que atuam, sendo, essa permanência fator importante para o estabelecimento e desenvolvimento de vínculos com a comunidade, o que proporciona uma relação mútua de confiança e respeito entre profissional e usuários do SUS. E por pertencerem à mesma comunidade onde residem e trabalham muitos destes profissionais obtêm um envolvimento maior com ela, configurando-se como um elo entre comunidade-serviço de saúde. Conforme, já apresentado, sobre esse ponto, Oliveira (2003):

É a pessoa que está em contato permanente com a comunidade. Ele vive nela e faz parte dela. Unindo dois universos culturais distintos: o científico e o popular, ajudando assim no trabalho de vigilância e na promoção da saúde. É de grande importância a presença do ACS nos serviços de saúde, como agente de transformação e mudança.(OLIVEIRA, 2003, p. 96).

Dessa maneira, estes profissionais precisam conhecer muito bem o território<sup>24</sup> de abrangência de sua comunidade, para que possam estar efetivando suas competências profissionais de maneira qualitativa, e satisfatória aos usuários, através de ações coletivas e individuais, que consistem:

[...] Em ações educativas e preventivas que buscam fortalecer a organização, a valorização e o desenvolvimento comunitário, bem como o vínculo do sistema de saúde com a comunidade. Na prática, o ACS deve estar atento para quatro verbos importantes na execução de seu trabalho, pois refletem a maioria de suas ações: identificar, encaminhar, orientar e acompanhar. (OLIVEIRA, 2003, p.97).

Por meio dessas ações, e do conhecimento sobre o seu território de atuação, o seu trabalho é visto como uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, isto porque, é o personagem fundamental, é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

E por esta relação mais próxima, a criação de vínculos no território pode

<sup>23</sup>Agentes Comunitários de Saúde.

<sup>24</sup>O território é um componente fundamental na organização dos serviços da Atenção Básica, pois é a partir deles que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de Saúde. Mas a noção geográfica de território, enquanto espaço físico com limites precisos, não é suficiente para dar conta da sócio dinâmica que as pessoas e os grupos estabelecem entre si. (BRASIL, 2013, p. 34).

se tornar cada vez mais frequente, o que é muito importante para a realização de um bom trabalho, permitindo com que os profissionais passem a conhecer muito bem a população usuária dos serviços de saúde, assim, como os principais problemas enfrentados, relacionados principalmente as queixas de doenças. Sendo, sua principal função:

[...] promover o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde, inclusive daquelas que não o fazem pelas mais diversas razões, especialmente porque não conseguem, ou porque não acreditam na resolutividade de seus problemas por esses serviços. (MALFITANO, 2003, p. 114).

Dessa forma, entende-se que o processo de trabalho dos ACS, dentro das equipes de saúde se faz importante, pelo fato desses profissionais terem um contato mais amplo com a população usuária, sendo que através de sua atuação profissional poderá levar para as equipes que compõem a estratégia de saúde da família os principais problemas identificados em seu território, favorecendo assim, conjuntamente com a equipe de trabalho a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Assim, a partir da análise desses dados enfatizamos os seguintes pontos: O tempo de trabalho do ACS na comunidade foi considerado significativo, pois, na medida em que esse profissional se torna conhecedor do seu território de atuação, bem como, de sua população usuária, a possibilidades de criação de vínculos é maior, tornando-se um dos fatores essenciais para a qualidade dos serviços prestados à população, e também para o reconhecimento social do trabalho dentro das equipes da atenção primária à saúde.

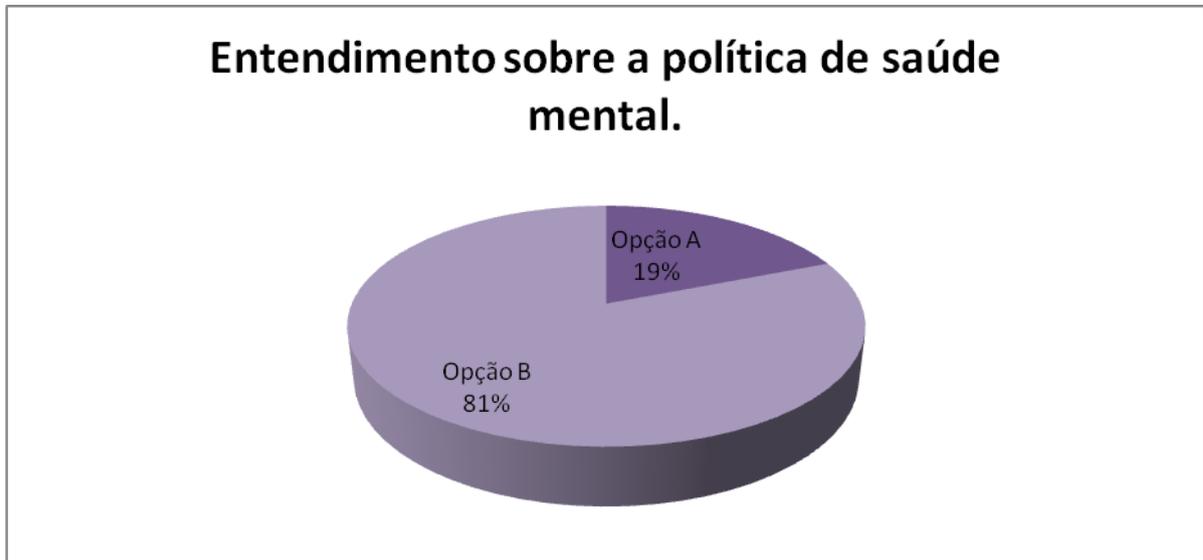
## **Eixo II- Concepções**

O segundo eixo é referente à compreensão dos agentes de saúde quantos as demandas relacionadas aos portadores de transtornos mentais no município de Miracema, para este eixo destacam-se a questão de **N.02** do questionário.

Sendo que, por meio dessa questão buscou-se perceber dos agentes qual a compreensão quanto a política de saúde mental, para isso a pergunta foi organizada em duas opções fechadas: A e B, e também aberta, pois, os sujeitos ao

analisar á questão poderiam respondê-las de acordo com essas opções, ou justificá-la com suas próprias palavras. Observem os dados organizados a seguir

Gráfico 1- Entendimento sobre a política de saúde mental



Fonte: Dados da pesquisa realizada com os Agentes comunitários de saúde, agosto de 2015.

**Opção (A)** – Política de saúde mental baseia-se no cuidado aos portadores de transtorno mental, através da promoção das internações de longa duração.

**Opção (B)**–Política de saúde mental visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das longas internações que tratam o paciente isolando-o do convívio social e familiar.

Como se pode observar, que a maioria dos participantes: 81% deles assinalaram á opção (B) do questionário, enquanto que apenas 19% optaram pela á opção (A), em relação ao entendimento quanto a política de saúde mental.

Demonstrando por meio dessa questão que os mesmos possuem clareza do que se trata essa política, que significou para os portadores de transtornos mentais, familiares, trabalhadores, e para o processo de reforma psiquiátrica, um importante avanço no campo da saúde mental, conforme já explicitamos mais amplamente no capítulo II deste trabalho.

Sendo, o conhecimento sobre essa Política Lei N.10.216, de seis de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais, um significativo instrumento para o desenvolvimento do trabalho desses profissionais na saúde mental. Sobre a mesma, Devera e Costa-Rosa enfatiza:

Redireciona o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil, prevendo entre outros direitos, o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com as necessidades do sujeito e a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. (DEVERA COSTA-ROSA, 2007, p. 75).

Sendo tencionados com a conquista dessa lei, novas questões e desafios no campo da saúde mental, tendo em vista que a mesma propõe a garantia de uma rede de atenção integral constituída por vários dispositivos e serviços. Conforme aponta Oliveira (2011):

A proposta atual da política de saúde mental é a garantia da estruturação de uma rede de atenção integral constituída por vários dispositivos que possibilitem a atenção psicossocial às pessoas com transtorno mental. A rede deve contar com CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como o Programa de Volta para Casa, além das ações de saúde mental na atenção básica (atendimento individual e/ou em grupos aos usuários e familiares, oficinas terapêuticas, estratégias de prevenção ao transtorno mental, entre outras), que podem ser desenvolvidas através das equipes mínimas de saúde mental articulada à Estratégia Saúde de Família. (OLIVEIRA, 2011, p. 52).

Ainda sobre essa questão, destacamos as opiniões de alguns dos sujeitos da pesquisa, quanto á essa política.

**Participante 01:** *“São todos os meios de apoio que estão sendo criados para que todos tenham acesso a um tratamento digno e que possam ser ouvidos e acolhidos de maneira humana, e não os tratando como antigamente que eram isolados da sociedade quando apresentavam transtorno mental, e sim inserindo no meio social, através dos centros de referência como o CAPS, dentre outros”.*

Observamos por meio da transcrição desse participante que o mesmo tem conhecimento sobre o que dispõe a Política Nacional de Saúde Mental, reconhecendo a importância desta para as transformações sociais quanto ao tratamento e a assistência prestada aos portadores de transtornos mentais.

**Participante 02:** *“Porque o paciente com transtorno mental para que o tratamento funciona é preciso que a família ajude”.*

Para essa participante á política corresponde á opção (B) do questionário, sendo que á mesma ainda concluiu a questão justificando sobre á importância da

participação familiar no processo de recuperação e tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Sob este aspecto, ponderamos com as contribuições de Rosa (2003), á respeito da relação da família com o PTM<sup>25</sup>, quando está deixa de ser identificada apenas como mera espectadora no processo de tratamento, e passa á ser percebida também como protagonista nesse processo. [...] “A família é o principal agente potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade, constituindo historicamente um lugar privilegiado de cuidados e reprodução social”. (ROSA, 2003, p. 81).

Conforme a mesma autora cabe ressaltar, que a relação da família no cuidado ao PTM, foi historicamente construída, sendo lhes atribuída diversos papéis ao longo tempo, determinadas mediante as transformações sociais no mundo do capital. Uma dessas transformações que altera essa relação é ocasionada a partir do ideário neoliberal, pela desassistência do Estado, e o enxugamento com gastos sociais, que fez com que as famílias que antes eram culpabilizadas pelos transtornos mentais<sup>26</sup>, passassem nesta conjuntura a ter outra visibilidade. ROSA (2003).

[...] Em vez de se verificar de que forma a família contribui ou participa na eclosão do transtorno mental, há uma inversão profunda na análise, visto que é o impacto do transtorno mental sobre o grupo familiar que passa a ser examinado. A família ganha, então, visibilidade, tanto pelas mudanças demográficas que alteram sua organização como pelo cuidado que presta ao portador de transtorno mental. (ROSA, 2003, p. 41).

### **Eixo III- As demandas em saúde mental na Atenção Básica**

Neste eixo, procuramos verificar quais as ações desenvolvidas na atenção básica para o atendimento de pessoas com transtorno mental. Para essa análise ressaltamos as questões: Três, Quatro, Cinco e Seis, referentes ao assunto.

A começar pela seguinte questão de **N. 03**. Se os mesmos já tiveram alguma capacitação sobre a temática de Saúde Mental na Atenção Básica.

Dos 11 participantes, 10 afirmaram que sim, além de assinalarem que sim

<sup>25</sup>Portador de Transtorno Mental.

<sup>26</sup>No século XX, a partir de transformações no capitalismo e em alguns dos saberes do campo “psi”, tais como a difusão da psicanálise e do movimento de higiene mental, a visão negativa da família se aprofunda e se expande mais intensamente. É vista de modo patológico e, ainda, é culpabilizada pela emergência de um portador de transtorno mental ao mesmo tempo em que é transformada em “paciente” e suas relações tornam-se objeto de intervenção de experts. (ROSA, 2003, p. 29).

no questionário, elucidaram verbalmente á pesquisadora que participaram do curso: **Caminhos do Cuidado**<sup>27</sup>, que trata da formação em saúde mental, álcool, crack e outras drogas, oferecido pelo Ministério da saúde, cujo público alvo são aos Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem da atenção básica. Diante dessa questão, somente um dos participantes afirmou; **Participante 03:** *“Nunca tive uma capacitação na área voltada para esse tema”.*

O que se percebe que é extremamente importante para esse público, que lida cotidianamente com diversas situações que exige um cuidado em saúde mental pela atenção básica, sendo está caracterizada como porta de entrada do Sistema Único de Saúde- SUS, e que por esse motivo pode se configurar como bastante estratégica, no sentido de garantir a resolutividade de muitos casos relacionados á saúde da população. Como nos afirma Dimenstein (2005):

Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes de PSF e agentes comunitários de saúde. São situações que requerem intervenções imediatas, na medida em que podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente. Trata-se de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. (Dimenstein, 2005, p. 24).

Diante do exposto, é notório que para esses profissionais que estão á todo momento deparando-se com casos de saúde relacionados aos transtornos mentais a capacitação profissional é mais que necessária, é urgente.

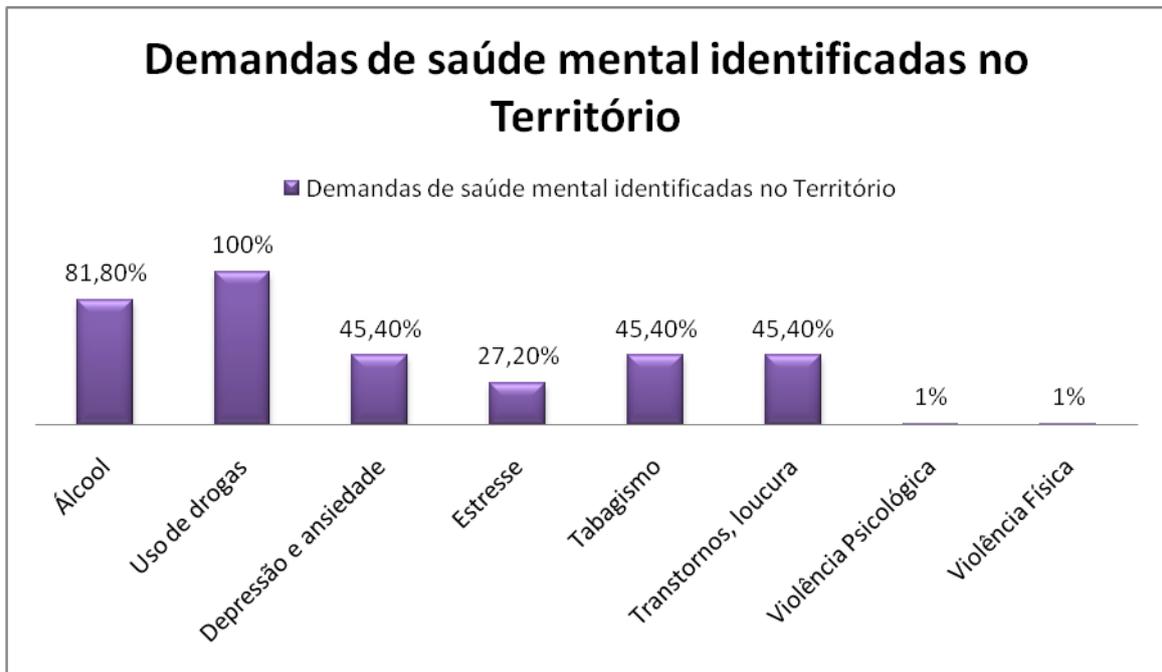
Embora, a maioria tenha afirmado á participação no curso, Caminhos do Cuidado, entende-se que somente esta ação não é suficiente para o atendimento dessas múltiplas questões, que exige uma qualificação constante e permanente.

Na próxima questão de **N. 04.** – Averiguamos sobre as demandas de saúde mental identificada no trabalho como agente de saúde. Para isto, fizemos o uso dos dados através do gráfico.

---

<sup>27</sup>Para mais informações á respeito desse projeto consultar o site: <http://www.caminhosdocuidado.org>

Gráfico 2 - Demandas de saúde mental identificadas no território



Fonte: Dados da pesquisa realizada com os Agentes comunitários de saúde, agosto de 2015.

Conforme os dados mostrados no gráfico, essas foram às principais demandas de saúde mental identificada pelos Agentes de saúde no território. Sendo que dos 11 participantes 09 deles, que corresponde á (81,8%), responderam o uso de álcool, Uso de Drogas 11, (100%), Depressão e ansiedade, 05, (45,4%), Estresse 03 (27,2%), Tabagismo, 05, (45,4%), Transtorno, loucura, 05 (45,4%), Violência Psicológica, 1, (1%), e Violência Física 1, (1%).

Sendo á identificação de todas essas demandas encontradas no território, fundamentais, para se conhecer tanto o perfil dos usuários dos serviços de saúde, como também para á partir desta, propor conjuntamente com as equipes da atenção básica propostas de intervenção nessa área.

Para isto, os ACS, precisam saber reconhecer os casos que realmente referem a pessoas com transtornos mentais, no sentido, de que esse reconhecimento possibilitará a definição pela equipe de saúde, quanto aos casos que podem ser acompanhados na atenção básica, e os que devem ser referenciados ao CAPS.

Partindo deste pressuposto enfatizamos o papel interventivo de cada um desses serviços, em relação ao atendimento dos variados tipos de transtornos mentais.

[...] as UBS constituem os serviços de menor complexidade em relação ao atendimento em saúde mental. Contudo, são essas as responsáveis pela promoção, prevenção e reconhecimento de patologias psiquiátricas, especialmente em cidades ou regiões com menos de 50 mil habitantes. [...] essa corresponde ao primeiro nível de contato dos usuários com o cuidado formal oferecido por um sistema de saúde. Deve ser capaz de atender todos os transtornos incidentes sobre a população sob sua responsabilidade, exceto os casos incomuns e/ou mais complexos, cuja competência é relativa aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. (HARADA e SOARES, 2010, p. 318).

Quanto à assistência prestada as pessoas atendidas no CAPS, consistem em:

Oferecer atendimento às pessoas que possuem transtornos psíquicos severos e persistentes, que justifiquem cuidado intensivo e personalizado, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício de sua cidadania e inclusão social, bem como promover o fortalecimento de seu vínculo familiar e comunitário, considerando seu território de vida. (SCHNEIDER, 2010, p. 80).

Destacamos também em observância aos dados, a evidência do alto índice de álcool e outras drogas entre a população, que não pode passar despercebidas pelas equipes de saúde, pois, exige das mesmas estratégias de intervenção para o seu enfrentamento. “O uso do álcool impõe às sociedades de todos os países uma carga global de agravos indesejáveis e extremamente dispendiosos, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida”. (BRASIL, 2003, p. 17).

Sobre esse aspecto, o **Participante 04** diz:

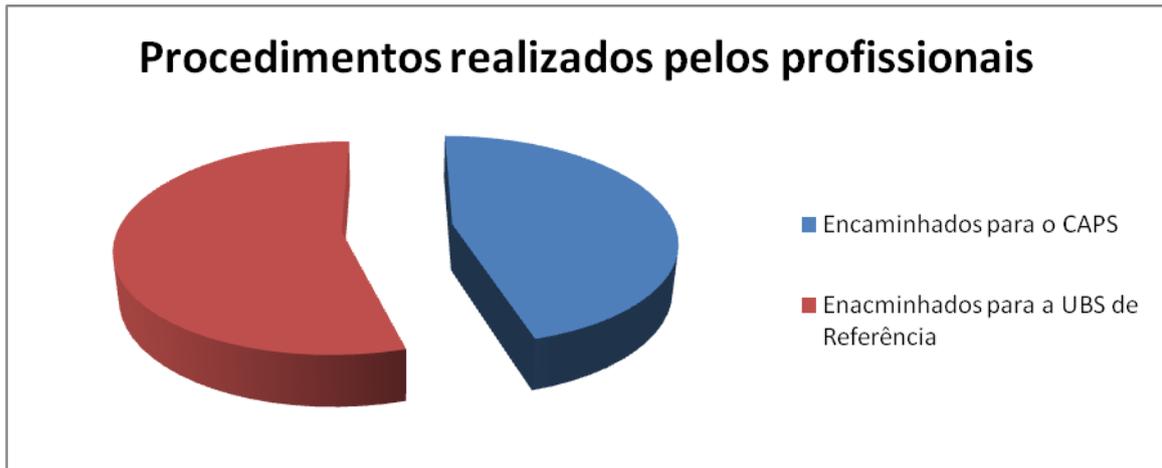
“Hoje em nosso município (Miracema) estamos vivendo uma realidade bastante difícil com as drogas lícitas e ilícitas”.

Para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo prejudicial de álcool e outras drogas, é intuito no âmbito do SUS, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, a mesma esta voltada para o atendimento e assistência aos dependentes químicos através da articulação dos serviços em rede.

A assistência aos usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde, e da Rede Básica de Saúde. (BRASIL, 2003, p. 20).

Seguiremos com a próxima questão de **N. 05**, deste mesmo eixo que refere-se ao tipo de procedimento ou abordagem a ser feita quando identificado os casos de transtorno mental no território. Organizamos os dados em forma de gráfica pizza, para uma melhor visualização e explanação dos resultados.

Gráfico 3 - Procedimentos realizados pelos profissionais



Fonte: Dados da pesquisa realizada com os Agentes comunitários de saúde, agosto de 2015.

Observando os dados, 55% responderam que encaminha os casos encontrados no território diretamente para a UBS, e 45% encaminham diretamente para o CAPS. Um dos participantes justificou sua ação da seguinte forma;

**Participante 05:** *“Orientamos a família do paciente a procurar a Unidade Básica de Saúde de sua referência, para que o médico da família (PSF) o consulte só ele que vai dizer qual o procedimento a ser feito. Se é resolvido na unidade de saúde, ou se há a necessidade de encaminhamento ao especialista. Quando o paciente está impossibilitado de procurar a unidade, a equipe vai até sua residência, médico enfermeiro e o agente de saúde.”.*

Por meio desse participante observamos que o mesmo reconhece a unidade básica de saúde como instituição própria ao acolhimento e orientação aos pacientes com transtornos, porém, percebemos que ele centraliza apenas a figura médica como resolutivo ao atendimento dos casos, não enfatizando a importância do seu trabalho nesse contexto.

Esses profissionais necessitam compreender que o seu trabalho no âmbito da saúde mental tem importante contribuição na construção do cuidado, pois, entendemos:

Que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar. (BRASIL, 2003, p.22).

Quanto aos profissionais que encaminha os casos direto para o CAPS,

**Participante 06:** *“para o Centro de Atenção Psicossocial, onde vai dar um apoio para as pessoas com transtornos mentais, e aos familiares desses pacientes, pois o CAPS tem uma equipe multiprofissional preparada para esse fim”.*

Ressaltamos que estes precisam atentar-se para o entendimento da articulação do cuidado em redes, conforme já elucidamos na questão anterior, sobre os casos que são de competência do CAPS, e outros que podem ser resolvidos nas próprias UBS. Mas, que juntos devem ser compartilhados, no intuito de promover assim, a corresponsabilização pelo tratamento dos usuários, norteados pelos princípios do SUS, e pelos os objetivos da reforma psiquiátrica.

Compreender o sofrimento psíquico, acolhendo o usuário e promovendo seu melhor encaminhamento, reconhecendo o papel que o seu território possui nesse processo, norteia uma relação importante e estratégica na articulação dessa rede, tanto no cumprimento do cuidado e da atenção em saúde mental, como na produção e regularização da rede de serviços de saúde. Faz-se necessário trabalhar em conjunto, na qual os serviços de saúde mental interagem com as equipes de atenção básica. (SCHNEIDER, 2010, p. 83).

Partiremos para a questão de **N. 06**. Esta faz menção às principais dificuldades encontradas pelos agentes na abordagem da saúde mental. Sendo que, Dez participantes, (91%) enfatizaram às dificuldades encontradas relacionadas à Precarização das políticas públicas. E somente Um, (9%) colocou ser á Falta de Capacitação Profissional.

Apreende-se neste item que a área da saúde é permeada por um processo histórico de lutas, conquistas e também constantes desafios, principalmente quanto á falta de investimento em saúde publica, acarretando diretamente na desvalorização do trabalho desses profissionais. No enfoque dessa realidade, pontuamos brevemente sobre á trajetória Política de Saúde no Brasil, que desde sua construção até os dias atuais, é perpassada por conflitantes caminhos para a sua consolidação. Conforme nos diz Bravo (2007):

Dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 80, e o Projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90. [...] O Projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS). [...] sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção do Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O projeto de saúde articulada ao mercado, [...] consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. (BRAVO, 2007, p. 101).

Sob o olhar da pesquisadora além da falta de investimento em política pública que contemple o âmbito da saúde mental nesse nível primário de cuidado, é preciso lembrar, que a capacitação profissional é um dos dispositivos estratégicos para a qualidade dos serviços, e também para a compreensão e valorização dos próprios profissionais quanto à importância do seu trabalho nesse campo de intervenção.

#### **Eixo IV- Propostas**

Neste último eixo da pesquisa, compostas pelas questões: Sete, Oito e Nove, abordamos o conceito de Caps. Pelos profissionais, e a contribuição desta instituição no processo de trabalho dos ACS, assim como o interesse dos mesmos para atuarem no campo da saúde mental na atenção básica.

Dessa forma, questionamos primeiramente aos profissionais a compreensão sobre o conceito de CAPS, questão de **N. 07**, que se apresenta com duas opções explicativas sobre o assunto. Sendo elas:

**A ( )**-Instituição destinada a acolher os pacientes com transtornos mentais oferecendo ajuda, apoio e internação aos portadores de transtorno mental;

**B ( )** -Instituição destinada a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando a integração social e familiar, incentivando a autonomia e oferecendo atendimento médico e psicossocial.

Diante dos dados, observamos que 100% dos sujeitos da pesquisa optaram pela opção (B), do questionário, que corresponde ao entendimento dessa instituição enquanto um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cujo objetivo é

oferecer um atendimento em saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (Brasil, 2004).

Associada á esse item, complementamos o mesmo com a questão de **N. 08**, que procurou saber se o CAPS contribui para o processo de trabalho dos ACS. Todos, (100%), responderam que sim, atribuindo á essa instituição de saúde, um aspecto positivo como aliada/parceira no desenvolvimento do trabalho comunitário. Sobre esse ponto, alguns dos participantes afirmaram:

**Participante 05:** *“Promovendo a saúde dos pacientes de forma efetiva, prevenindo outros agravos que possam acometê-los, para que possam de forma saudável e humana usufruir de seus direitos como cidadãos”.*

**Participante 07:** *“uma parceria que colabora com a integração a saúde mental e intelectual do paciente.”*

**Participante 06:** *“porque no CAPS, eles ajuda e dá apoio aos pacientes e familiares. E no CAPS tem médicos, psicólogos, psiquiatras e outros profissionais para ajudá-los no seu tratamento.”*

**Participante 08:** *“ajuda bastante, melhora na qualidade de vida dos pacientes, muitas vezes os parentes de algum doente mental não consegue controlar a medicação e neste caso o CAPS contribui muito”.*

Consideramos por meio da análise desses dados, o papel contributivo do CAPS, no processo de trabalho desses profissionais, nota-se ainda á ênfase de alguns pontos importantes e comuns relacionados á integralidade do cuidado em saúde, seja no âmbito da atenção básica, seja no CAPS. Enfatizadas pelos relatos dos participantes supracitados, através das seguintes categorias: Cidadania dos usuários, a parceria entre os serviços, equipe multiprofissional, e o acompanhamento no uso da medicação dos portadores de transtornos mentais.

Finalizamos o processo investigativo com a questão de **N. 09**, que buscou perceber o interesse dos agentes comunitários de saúde, para atuarem no campo da saúde mental na atenção básica. Observamos os dados á seguir

Gráfico 4 – Capacitação para atuar na saúde ,mental



Fonte: Dados da pesquisa realizada com os Agentes comunitários de saúde, agosto de 2015.

Percebemos que 91% dos sujeitos da pesquisa demonstrar o interesse pela temática de saúde mental no âmbito da atenção básica, e que somente 9% não demonstraram qualquer interesse.

**Participante 10:** *“Sim, seria muito importante para mim, como agente comunitário de saúde para poder lidar com essas pessoas de maneira correta, levando informações, orientações á família, pois o agente de saúde que esta em constante contato com as famílias, também queria adquirir mais conhecimento”.*

Pela transcrição deste participante, percebe-se que o mesmo reconhece á importância do seu fazer profissional para á comunidade, e que também mostrou interesse pela aquisição de novos conhecimentos relacionados á temática da pesquisa.

Dentre os principais temas para atuação nessa área, os mais prevalentes pelos participantes foram: Transtorno/loucura; Dependência Química. Depressão; Dependência química; Depressão, Transtorno/loucura, Dependência Química.

Diante dessa constatação, compreendemos que apesar de não terem uma plena capacitação sobre o tema, os mesmos enxergam a necessidade de inserção da mesma na atenção primaria á saúde da população, visto que lidar com os transtornos mentais na sociedade tem sido algo cada vez mais frequente,

exigindo desses profissionais e das equipes de saúde, preparo, e amplo conhecimento voltado para o universo dos transtornos mentais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Se as coisas são inatingíveis... ora!  
Não é motivo para não querê-las...  
Que triste os caminhos, se não fora  
A presença distante das estrelas.”  
(Mario Quintana)

Este trabalho teve como objetivo fomentar o debate, e propor reflexões quanto ao acesso à saúde pública, à partir do entendimento da garantia e responsabilidade dos serviços de forma integralizada e em rede, tendo como foco principal, a efetivação da política de saúde mental em Miracema do Tocantins, em todos os níveis de cuidado e atenção. Por isto, o olhar sobre a realidade social das pessoas portadoras de transtornos mentais no contexto da atenção básica, na perspectiva de garantia de direitos, e também pela possibilidade de ampliação no campo de atenção psicossocial.

A partir daí, ressaltamos com base nos autores utilizados, e sob a visão dos sujeitos da pesquisa, o caminho percorrido para que pudéssemos contribuir com essa temática.

Verificamos logo no início deste trabalho, por meio da contribuição do psiquiatra italiano Franco Basaglia, a percepção sobre o hospital psiquiátrico como lugar de violência, exclusão e cronificação dos portadores de transtornos mentais, compreendendo o quanto o seu estudo foi determinante para a trajetória histórica por mudanças em relação ao saber/prática psiquiátrica, e pela luta por novas formas de cuidado em saúde mental.

Observamos também, a visão social que se teve sobre a loucura a partir das diversas mudanças advindas na sociedade, do período clássico ao contemporâneo, em que o louco inicialmente era visto como um ser divino possuído ora por deuses, ora por demônios. Verificou-se que durante séculos os mesmos foram extintos do meio social, por representarem uma ameaça à ordem e ao desenvolvimento, em virtude disto, eram denominados pela sua condição, como seres sem razão, vagabundos, insanos, perigosos, enclausurados e tratados sob as piores condições.

Outro ponto crucial que enfatizamos neste estudo, fundamental para o campo da saúde mental, foi o movimento de Reforma psiquiátrica, que teve grande influência, da Reforma Psiquiátrica Italiana, já mencionada. No Brasil, conforme

elucidado no capítulo II, este movimento suscitou importantes transformações, para o reconhecimento social pela defesa dos direitos dos portadores de transtorno mental, pela luta por uma sociedade sem manicômios, e pelo resgate da cidadania de milhares de pessoas com transtornos mentais. Sendo seus protagonistas: usuários, trabalhadores da saúde, e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Em repercussão a este movimento, tivemos a conquista social da Política Nacional de Saúde mental, que significou um grande avanço nesta área, tendo por proposta o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica, constituída por outros dispositivos e serviços, e ainda dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Na luta pela extinção progressiva dos manicômios, pudemos observar que após a aprovação desta Lei nº 10.216 serviços de saúde mental, abertos, de base comunitária, foram sendo instituídos pelo país. Através da implementação do CAPS, conjuntamente com outras estratégias, que compõem o cuidado integral a saúde. Sobre este aspecto, ressaltamos também as mudanças provenientes do Sistema Único de saúde, que garante o acesso universal a saúde pública nos níveis (primário, secundário, e terciário).

Com o SUS, obtivemos o planejamento e a execução de programas, projetos, como a Estratégia de saúde da família, assim como, a inserção nas unidades básicas de saúde dos profissionais: Agentes Comunitários, que fazem parte das equipes multiprofissionais.

Em relação aos dados da pesquisa, cabe ressaltar que o município de Miracema, conta as seguintes instituições de saúde: as Unidades Básicas, das quais foram cenário da pesquisa, o hospital regional, e um Centro de Atenção Psicossocial, que na época do planejamento deste estudo, encontrava-se em fase de implementação, mas, que na atualidade já está em funcionamento.

Frente aos resultados do estudo, percebeu-se os seguintes pontos: Os sujeitos da pesquisa, tem compreensão quanto a Política de saúde mental, vimos que enfatizaram também a importância da família no cuidado ao portador de transtorno mental.

Quanto ao cuidado compreendeu-se que os mesmos não possuem capacitação/qualificação necessária e suficiente na área de saúde mental, para saber lidar com o atendimento dos casos encontrados na atenção básica. Mediante

as significativas demandas localizadas no território, principalmente em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Constatamos ainda, com os apontamentos sobre o reconhecimento do papel estratégico do CAPS, para o desenvolvimento dos serviços, porém, percebemos á insuficiente compreensão sobre a articulação e corresponsabilização dos serviços em rede.

Esses profissionais precisam apreender sobre á importância do seu trabalho para á comunidade em geral. Por fim, averiguamos que a maioria demonstrou interesse pela proposta de saúde mental no âmbito da atenção básica.

Portanto, pudemos analisar e suscitar ao final deste estudo, que a rede de cuidados em saúde no território precisa de mais investimentos, discussão, e participação social, por meio dos gestores, familiares, usuários, e profissionais de saúde preparados e qualificados, para a lida dos desafios cotidianos, principalmente no campo da saúde mental, que requer profissionais comprometidos pela inserção social dos portadores de transtornos mentais, e pela ruptura com o preconceito e discriminação que essas pessoas sofrem.

Diante dos resultados algumas sugestões, que possam contribuir para a rede de atendimento em saúde e saúde mental no território:

- Ampliação acerca do debate em torno do acesso e garantia dos serviços básicos de saúde á população;
- Capacitação á todos os profissionais da atenção básica quanto ao tema: Transtornos Mentais;
- Desenvolver uma escuta “qualificada” dos usuários na atenção básica do município de Miracema;
- Investir em oficinas em todas as redes de saúde á respeito da Loucura, Cidadania e direitos das pessoas com transtornos mentais;
- Investir no apoio matricial, que é á corresponsabilização entre os serviços na rede de atendimento á saúde publica.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo- **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Panorama/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo- **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO- Editora FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, Paulo- **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Cadernos de Saúde Pública, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>. Acesso em 15 de dez. 2015.

BARROS, Márcia Maria Mont'Alverne de; CHAGAS, Maristela Inês Osawa; DE ARAÚJO DIAS, Maria Socorro. **Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Mota, Ana Elizabete... [et al.], (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional – 2. ed.- São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

BARROS, D. F. et al. **O contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil**. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 2010 Jan-Mar. p. 78-84.

BASAGLIA, Franco, 1924- **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica**/ Franco Basaglia; organização Paulo Amarante; tradução Joana Angélica d' Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado á Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, 2001.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – 4 °. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção CONASS gestores para entender a gestão do SUS. Volume 8, 1° edição, Brasília, 2007.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; ANDRADE, Wesley Vieira. **A saúde mental na atenção básica-articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica**. CogitareEnferm, v. 13, n. 3, p. 387-94, 2008.

CAMPOS, Rosana Onocko et al. **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira**. Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello et al. **A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 7, n. 1, 2006.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 10. ed.- São Paulo: Cortez, 2009. –(Biblioteca da educação. Série 1. Escola ; v.16)

CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cardoso Cabral. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, 2010.

DEVERA, Disete; ROSA, Abílio da Costa. **Marcos histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis.** Revista de Psicologia da UNESP, v. 6, n. 1, 2008.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 23-41, 2005.

ESCOREL, Sarah et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev Panam Salud Publica, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

FRANCISCHINI, Ana Cristina; MOURA, Sônia Dalva Ribeiro Peres; CHINELLATO, Magda. **A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família.** Investigaçã, v. 8, n. 1-3, 2008.

FOUCALT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica.**São Paulo: perspectiva, 1978. 608p. (coleção estudos).

GIL, Antônio Carlos, Método e técnicas de pesquisa social/ Antonio Carlos Gil. – 5. Ed. 7. Reimpressão- São Paulo: Atlas, 2006.

HARADA, Olívia Lina; SOARES, Marcos Hirata. **A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão.**SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, v. 6, n. 2, p. 315-336, 2010.

LEME, Carla Cristina Cavalcanti Paes. **O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável.** IN. Aprática do assistente social na saúde mental/ ErimaldoMatiasNicacio, José Augusto Bisneto, org.- Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S18066976200800020009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S18066976200800020009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 nov. 2015.

MACHADO, Graziela Scheffer. Reforma psiquiátrica e Serviço Social: **O Trabalho dos Assistentes Sociais na Equipe dos CAPS.** Abordagens psicossociais, v. 3, p. 32, 2009.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais**. Ciênc Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 159-64, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** /Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

MALFITANO, Ana Paula Serrata; LOPES, Roseli Esquerdo. Programa de saúde da família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 110-117, 2003.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social**, São Paulo: Veras Editora, p 19-27, 1999.

MINAYO, Cecília de Souza; Gomes; ROMEU, Suely Ferreira Deslandes. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, Edinéia Figueira dos Anjos and Garcia, Maria Lúcia Teixeira **A política de saúde mental no estado do Espírito Santo**. Rev. Katálysis, jun 2011, vol.14.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978**. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 09 de Sete. 2015.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; NACHIF, Maria Cristina Abrão; FONTANA, Marina Lopes. **O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da**

**comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul.** Centro, v. 43, p. 7, 2003.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade/** Lúcia Cristina dos Santos Rosa; Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org.). – 5. ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas et al. **Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental.** Rev. Esc. Enferm USP, v. 41, n. 4, p. 567-72, 2007.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. **Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária.** Esc Anna Nery RevEnferm, v. 12, n. 1, p. 173-8, 2008.

ROSA, W.A.G. LABETE, R. C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto. V. 13, n. 6, Nov/dez 2005.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família/** Lúcia Rosa- São Paulo: Cortez, 2003.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos santos. **A rede deatenção primária e os serviços de saúde mental.** Ciência & Saúde, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2010.

SOUZA, Ândrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental.** Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 4, n. 1, p. pt-pag. 121.132, 2010.

SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger; PIZZINATO, Adolfo; ACCORSSI, Aline. **Contextos, Processos e Memórias: Narrativas sobre Saúde Mental nas décadas de sessenta a oitenta no Brasil.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 11, n. 1, p. 333-352, 2011.

TENÓRIO, F. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Década de 1980 Aos Dias Atuais:** históriae conceito. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan.-abr. 2002.

**APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

**APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO**

**APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

O objetivo da pesquisa é: verificar como os agentes de saúde da atenção básica percebem as demandas de saúde mental no município de Miracema do Tocantins. Sendo as informações essenciais para o Trabalho de Conclusão de Curso, em Serviço Social, da Universidade Federal do Tocantins, orientado pela professora: Graziela Scheffer Machado. Sua participação será de fundamental importância, pois estará contribuindo para minha formação profissional. Qualquer dúvida entre em contato com a pesquisadora: Ana Paula Leal Sanches Dionizio. Telefones: (63) 8450-8500, (63) 9243-5534, ou coordenação do curso de Serviço Social.

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a realização do questionário para esclarecimento sobre as demandas em saúde mental na atenção básica do município de Miracema do Tocantins, que será aplicada pela acadêmica Ana Paula Leal Sanches Dionízio. Declaro ter sido devidamente informado (a) sobre o objetivo da pesquisa.

Por meio deste termo garantimos o sigilo e o anonimato.

Miracema, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante



( ) Transtornos, loucura;

( ) violência física

( ) Outros.

Quais as mais frequentes?

---

---

---

---

---

---

---

---

5- Ao identificar essas demandas qual o tipo de procedimento ou abordagem a ser feita?

( ) Encaminhamento para o hospital Regional Público de Miracema;

( ) Encaminhamento para o CAPS;

( ) Encaminhamento para outras instituições;

( ) Encaminhamento para a polícia;

( ) Encaminhamento para a igreja

( ) outros. Quais? \_\_\_\_\_

---

---

6- Quais as principais dificuldades que você encontra na abordagem da saúde mental no seu trabalho como agente?

( ) Precarização das políticas públicas;

( ) Falta de capacitação profissional;

( ) Outros, Quais?

---

---

---

---

**BLOCO III – PROPOSTAS**

7- O que é o CAPS para você?

Instituição destinada a acolher os pacientes com transtornos mentais oferecendo ajuda, apoio e internação aos portadores de transtorno mental;

Instituição destinada a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando a integração social e familiar, incentivando a autonomia e oferecendo atendimento médico e psicossocial;

Outros.

8- Você acredita que o CAPS poderá contribuir para o seu trabalho?

Sim

Não

Justifique-se:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9- Você gostaria de ter alguma capacitação para atuar na saúde mental na atenção básica?

Sim

Não

Tais como:

Transtorno Mental;

Dependência química

( ) Depressão;

( ) Outros;

Justifique-se:

---

---

---

---

---

---

---

---