

XV Encontro Nacional da ABRAPSO.
“Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos”.
Maceió. Novembro de 2009.

Título do ARTIGO: **POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS DE SAÚDE MENTAL E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS EM BH.**

Autoria: **PAULA, Patrícia Pinto de.**

Professora da PUC Minas/Instituto de Psicologia. patriciapsi@pucminas.br

Palavras-Chave: Políticas Públicas de Saúde Mental. Atenção Básica. Saúde do Trabalhador da Saúde.

1_ Políticas Públicas da Saúde: Atenção Básica e MLA.

O que se pretende abordar, a partir do resgate dos principais momentos históricos da implementação da saúde pública brasileira, são os aspectos em destaque da confluência dos movimentos de reforma sanitária, que culminou nos princípios do Sistema Único de Saúde_SUS, e a reforma psiquiátrica, voltada para uma nova configuração e assistência à saúde mental/SM. Consideramos a reforma psiquiátrica enquanto movimento político-ideológico, cultural e social, como Movimento de Luta Antimanicomial_MLA, por tal terminologia ser mais representativa do processo de lutas e embates. Conforme proposto por Amarante (1999) as lutas por transformações sociais penetram vários campos do cenário social_político-jurídico, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sócio-cultural, entre os diferentes protagonistas envolvidos neste processo_trabalhadores da SM, usuários, familiares, grupos universitários, representantes da sociedade civil e, representantes da rede hospitalar psiquiátrica (estes últimos são contrários à reforma). Como é próprio da dinâmica de complexos movimentos sociais, tanto o SUS como o MLA ainda se encontram em processos de (re)construções, dentre os diferentes dispositivos de gestão e programas de saúde propostos aos municípios, desde a década de 1990.

Abordaremos a reforma sanitária e a atual configuração da atenção básica, para em seguida discutirmos o MLA e sua inserção na atenção básica. Concluiremos com apontamentos sobre a rede de atenção básica e SM em BH.

1.1_ A reforma sanitária e atenção básica:

Por um período de 20 anos o Brasil viveu sob regime da ditadura militar (1964 a 1984). Em 1985 elegeu-se um presidente civil no processo de redemocratização e em 1988 o Congresso Nacional promulga a nova Constituição Federal Brasileira. Na Constituição da República Federativa do Brasil no Art. 196, Seção II, a saúde é definida enquanto direito social de todos e dever do Estado, com uma concepção ampliada de saúde e de assistência voltadas para a promoção, via acesso de todos e integrado às especificidades das demandas. Vejamos:

“A saúde é um 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, 2008).

No processo de redemocratização da década de 1980, a descentralização tornou-se para a oposição ao regime autoritário, sinônimo de democracia. Foi vista como instrumento de universalização do acesso e de aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais, dentre estes a saúde.

A descentralização da saúde se deu através do SUS, o que implicou realocação da decisão de recursos e funções nos municípios, decorrente de processo de lutas por conquistas tanto políticas quanto institucionais no campo da saúde. Um movimento político, social e ideológico que contou com a participação da elite de profissionais especialistas, desde a década de 1970, foi o Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento na transição das décadas 70/80 influenciou diretamente os pressupostos e as premissas políticas do SUS. Os principais objetivos da reforma sanitária segundo Dimenstein e Traverso-Yépez (2005) foram: enfatizar o vínculo entre saúde/doença e sociedade; ampliar a consciência sanitária da população no que diz respeito ao direito à saúde e; à necessidade de se fortalecer o serviço público de saúde de qualidade e acessível a todos. A Reforma Sanitária aconteceu no ciclo das reformas do processo de redemocratização e dentre os resultados favoráveis destaca-se a criação e implementação do SUS, a partir da Constituição de 1988.

As premissas organizativas e fundamentais do SUS, segundo Junqueira (2001) são: Descentralização por meio da municipalização; Regionalização com hierarquização da atenção; Controle público. Os serviços do SUS devem traduzir na prática do dia-a-dia os princípios: **Universalidade**_ todo cidadão tem direito à saúde; **Integralidade**_ direito à qualquer nível de atenção à saúde ; **Equidade**_ acesso igual a todos serviços de saúde pública, frente às necessidades específicas. Há de se destacar que para o SUS a saúde não depende só da assistência médica, como também do trabalho, habitação, educação e lazer. Dito de outra forma, saúde implica em integração com os territórios de convivências, em condições para o exercício da cidadania. Podemos constatar que os pressupostos e as proposições defendidas pelo SUS são coerentes com a premissa política apresentada na Constituição. Entretanto, a descentralização para além do controle social, via participação local, também redundou em desigualdades na oferta de serviços de saúde em razão das diferenças político-econômico e sócio-cultural, dos Estados e municípios, em um país de extensão territorial continental e alta concentração de renda. Esta vertente não será trabalhada por extrapolar o escopo do presente artigo.

Em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma estratégia de reorganização, expansão e melhoria na assistência básica. Atenção Básica entendida diferentemente da atenção primária simplificada, ou seja, serviços de saúde com atenção integrada, de qualidade em relação às especificidades das demandas e acessível a todos cidadãos, desde a entrada do cidadão no serviço de seu território (Brasil, 2006a).

Considerando o processo de evolução do Sistema único de Saúde – SUS e os desafios do momento atual de seu desenvolvimento, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) firmaram, em 2006 o Pacto pela Saúde (Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro

de 2006), em três dimensões – Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de gestão, visando uma maior efetividade, eficiência, qualidade e melhores resultados sanitários.

O Pacto pela vida representa o compromisso das três esferas de gestão do SUS em torno de prioridades que promovam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Dentre as prioridades estabelecidas está o fortalecimento da Atenção Básica à saúde (BRASIL, 2006a). Conforme define a Política Nacional de Atenção Básica é :

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde de maior frequência e relevância da população, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2006b, p. 03).

Nesse enfoque a Saúde da Família – SF se apresenta como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, tendo caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, atuando no território sob sua responsabilidade com foco na família e na comunidade.

Em termos percentuais, dados do Ministério da Saúde (2009) atestam que o PSF encontra-se em franca expansão: nos quatro primeiros anos de sua implantação o programa abrangia 3,51 % da população brasileira, em 2007 esse percentual atingiu 46,6% da população, o que corresponde à cerca de 87,7 milhões de pessoas. Em dezembro de 1994 encontravam-se em atuação no território brasileiro 328 equipes de saúde da família, em maio de 2008, esses números já alcançavam 28.300 equipes de SF em todo Brasil.

As Equipes de Saúde da Família ESF constituídas por “[...] no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde”(BRASIL, 2006c), desenvolvem um conjunto de ações que abrangem: conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica.

O PSF trabalha numa perspectiva de saúde ampliada e integral, “com equipes multiprofissionais responsabilizadas por um número de pessoas de uma região determinada” (Brasil, 2006b). Vislumbra-se desde então, a parceria necessária entre Atenção Básica e SM. Em 2006 o Ministério da Saúde aprova a Portaria nº648 promulgando o Plano Nacional de Atenção Básica, definido o PSF como estratégia prioritária para a organização da assistência básica. Os municípios brasileiros são orientados a organizarem a assistência à saúde em concordância com as diretrizes propostas na estratégia do PSF, incluindo na rede da Atenção Básica, assistência à SM.

1.2_ A reforma psiquiátrica e a rede de matriciamento:

Na saúde mental a reforma psiquiátrica brasileira ganha representatividade e repercussão a partir da década de 1970. Os pressupostos desta reforma estão sustentados pelo movimento da psiquiatria democrática italiana, sobre a desinstitucionalização da clientela e o desmantelamento da estrutura hospital-asilar, que aqui chamamos de movimento da luta antimanicomial_MLA.

Dentre as Conferências Mundiais de Saúde, destaca-se a de Caracas que ocorreu em 14 de Novembro de 1990. Este encontro foi um marco histórico para as políticas públicas de saúde mental na América Latina, sendo o Brasil um signatário da Declaração de Caracas. Este documento faz uma crítica objetiva e fundamentada sobre o sistema psiquiátrico centrado no modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2004). A declaração aponta para os elevados custos e a ineficácia deste sistema, uma vez que isola o paciente da convivência de seu contexto de referência, e reforça a relação de dependência do portador de transtorno mental com a instituição asilar. É proposto um novo modelo de assistência psiquiátrica que dentre as diretrizes colocadas, destaca-se a articulação necessária entre atenção primária e os sistemas locais de saúde, centrado na comunidade e dentro de suas redes sociais, ou seja, a relevância da clínica ampliada e ação no território estão postos.

Com o advento da Lei 10.216, de abril de 2001, a noção de reinserção do portador de sofrimento mental em seu território tornou-se norteadora das práticas no campo da saúde mental (BRASIL, 2004). Tal proposta exige um modo diferente do tecido social no lidar com a loucura já que, ao se discutir a reinserção do “louco”, devemos levar em consideração que esta, “além de uma luta política, se transforma numa luta contra nossas próprias dificuldades em lidar com o diferente, com o dito excêntrico e bizarro”. (FIRMINO, 2009). Diante de dificuldades e múltiplas resistências, surge a necessidade de se pensar em novas estratégias, principalmente no que diz respeito ao modo de funcionar dos serviços destinados aos cuidados deste paciente. Como afirma Ribeiro (2008, p.39) sobre a necessidade de oferecer tratamento ao portador de sofrimento mental em seu território, “dando continuidade ao programa de desospitalização, nos conduz a criar novas formas de atendimento”. A integração entre Atenção Básica e equipe de saúde mental surge como um recurso que pode favorecer um atendimento de qualidade a este paciente, considerando tanto as premissas do SUS e do MLA.

A re-inserção e manutenção da pessoa portadora de sofrimento/transtorno mental em seu território de convivências, local de significados, afetos, onde se faz e mantém “os laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político de cidadãos” (NUNES et al, 2007, p.2380) se faz enquanto norte e desafios do MLA. Este é um ponto de confluência entre as políticas públicas de saúde mental e as atuais políticas de Atenção Básica, onde a noção de atuação no território, fazer valer o reconhecimento dos aspectos psicossociais tanto no adoecimento quanto no cuidado, além de concretizar para a pessoa portadora de transtorno mental a saída do enclausuramento, exclusão real e simbólica. Como outra convergência entre os dois movimentos_ MLA e Atenção Básica, Nunes et al (2007) apontam a ampliação da clínica, do trabalho que descentra do saber médico e da medicação, para um trabalho entre diferentes saberes e diferentes especialidades.

Para se efetivar esta atual diretriz, o Matriciamento apresenta-se como um dispositivo organizativo da assistência à saúde, ampliando sua potencialidade de ação ao contar com o trabalho de uma equipe de especialistas que darão retaguarda no suporte assistencial e técnico-pedagógico. O apoio matricial em saúde é uma metodologia que:

Objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde[...].O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. (CAMPOS; DOMITT, 2007, p.399-400).

Nesta metodologia discutida por Campos e Domitt (2007), espera-se que a posição dos especialistas seja modificada, já que fazem parte da lógica desta proposta atendimentos compartilhados e discussões conjuntas de condutas. Segundo estes autores, no que diz respeito à organização dos saberes dos componentes das equipes _ESF e Equipes de Saúde Mental (ESM), a expectativa é de que esta ocorra de maneira dialógica para que seja possível evitar tanto a fragmentação do próprio saber quanto a fragmentação do cuidado do paciente.

Tal modelo de suporte assistencial e técnico-pedagógico, num intercâmbio Saúde Mental/ Saúde da Família já ocorria, desde a década de 90, no chamado Projeto Qualis/PSF, em São Paulo. As equipes volantes de Saúde Mental, assim chamadas por Lancetti (2008), já atuavam na perspectiva de trabalho interdisciplinar, num modelo parecido com o proposto por Campos e Domitt (2007). Esta prática desenvolvida em São Paulo “tem como seus pilares a discussão sistemática de caso das equipes de saúde mental com as equipes de saúde da família”. (LANCETTI, 2008, p.36).

A este modo de articulação entre saúde mental e saúde da família, diz Lancetti (2008), o Ministério da Saúde deu o nome de Apoio Matricial. Nome, aliás – na visão do autor – pobre, pois o termo Matriz remete à idéia de um mecanismo fixo. Em seu entendimento, “a experiência da Saúde Mental e da Saúde da Família é uma máquina terapêutica em constante movimento, e em constante metamorfose.” (LANCETTI, 2008, p.36).

Especificamente no âmbito da Saúde Mental, o apoio matricial ainda é uma metodologia recente e de difícil avaliação, como afirma Ferreira Neto (2008). Este autor compreende que a função de apoio matricial no campo da Saúde Mental tem como principais objetivos o atendimento na crise e a proposta de trabalho em equipe, trabalho que pode ser de difícil manejo se considerarmos os possíveis entraves políticos, subjetivos e ideológicos que o acompanham.

No caso apresentado por Arona (2009) onde relata sobre experiência de implantação do matriciamento em um município do estado de SP, fica claro que a mudança necessária de visão técnico-conceitual e cultural dos trabalhadores não é fácil. Um dos dispositivos para lidar com as resistências e dificuldades concretas, tem sido, conforme a autora, a abertura de espaços claros para mediação, para estabelecer processos de formação de compromisso e de contratos. Processo que foi analisado como de difícil e complexa condução (Arona, 2009, p. 35).

Delfini et al (2009) em estudo realizado na cidade de São Paulo, definem que a parceria do CAPS com o PSF é via apoio matricial. As atuais orientações do SUS sinalizam a importância e urgência de mudar a assistência tanto no nível da estrutura quanto gerencial. Mudanças que vão em direção a novos arranjos, envolvendo todos os trabalhadores e usuários na troca de informações e a ampliação do compromisso com a produção de saúde. As autoras defendem que “As equipes de referência e apoio matricial apresentam essas características.”(2009. p.1488).

A assistência se faz dependente da implicação, da co-responsabilização do profissional, uma vez que o acolhimento não prevê o encaminhamento, tendo de gerar resolutividade com os dispositivos da rede, seja no próprio setor ou intersetorialmente. Uma prática de inventividade como defende Lancetti (2001). O vínculo do trabalhador não se resume ao paciente, o vínculo na co-responsabilização se faz necessário entre os demais profissionais da rede, outros serviços e a comunidade, o território. “Não há

encaminhamento para outros serviços, mas construção de projetos terapêuticos que são executados por um amplo conjunto de trabalhadores” (DELFINI et al, 2009,p. 1488). Explicita-se com esta experiência o grau de complexidade que o trabalho toma tanto para a equipe de SF ao se deparar no território com demandas cuja lógica é bem peculiar, como para a equipe de SM, que envolvida no Matriciamento, há de fazer circular saberes, poder. O que sempre causa diferentes resistências nas partes envolvidas.

No estudo realizado por Nunes et AL (2007) na cidade de Salvador, sobre as relações ESF e Equipes de Saúde Mental (ESM), constataram que, apesar de pontos de êxitos, na prática geral a confluência entre a Atenção Básica e saúde mental ainda não se dá. Os resultados apontam para falta de uma estratégia para a ESF lidar resolutivamente com as demandas de saúde mental. Houve unanimidade nas respostas que a população portadora de sofrimentos/transtornos mentais tem uma lógica distinta e peculiar, apresentando demandas e manifestações que a equipe SF não se vê em condições de acolher. Pode-se tratar tanto de resistências subjetivas quanto impedimentos concretos, avaliam Nunes et al (2007, pg. 2377). Vejamos o caso da rede em Belo Horizonte/BH.

2_ Como anda a rede Saúde Mental / Atenção Básica em BH?¹

As primeiras Equipes de Saúde da Família - ESF de Belo Horizonte foram implantadas em fevereiro de 2002 seguindo uma das principais estratégias do SUS: a municipalização entendida como “[...] transferência para o município do poder de gestão dos serviços de saúde, até então centrados nos órgãos estaduais e federais sediados no seu território, e a construção de um novo modelo de atenção à saúde.” (BELO HORIZONTE, 2009).

Em Belo Horizonte, o governo municipal incorpora a proposta do PSF e com as devidas adequações, implanta o PSF através do programa BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL. Este é o nome que o programa de saúde da família recebeu no município de Belo Horizonte, com implantação datada em março de 2003. No início da implantação foram utilizados os profissionais da própria rede, sendo que as equipes formadas eram responsáveis pela assistência à saúde das populações consideradas de maior risco, conforme índice de vulnerabilidade.

Atualmente a rede de saúde em Belo Horizonte está dividida em: Atenção básica, Atenção especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção hospitalar e da Alta complexidade e Vigilância a Saúde (BELO HORIZONTE, 2009). No município de Belo Horizonte, a atenção básica, onde se localiza a estratégia política e programa do PSF, é reconhecida como: “[...] rede de centros de saúde que se configuram como a porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde e realizam diversas ações na busca de atenção integral aos indivíduos e comunidade”. (BELO HORIZONTE, 2008)

A organização territorial em saúde dá-se de acordo com a seguinte subdivisão: Município, Distrito Sanitário, Área de abrangência do centro de saúde, Área de equipe PSF, Microárea e Moradia. A rede básica de saúde de Belo Horizonte conta com 145 centros de

¹ Para este levantamento e análise a autora contou com a participação de dois alunos bolsistas da Pesquisa: “*Políticas Públicas no Campo da Saúde Mental e Saúde do Trabalhador de Serviços Substitutivos da PBH: 20 anos de SUS e de MLA*”. Pesquisa coordenada pela autora, com financiamento da PUC Minas. Os alunos bolsistas, graduandos de Psicologia da PUC Minas/Unidade São Gabriel em BH, são: FIRMINO, Carlos Eduardo – firminosq@gmail.com. Estagiário da Equipe de Apoio Matricial de Santa Luzia/MG. MATOS, Danusa Black – danusa.psicologia@yahoo.com.br.

saúde, distribuídos no município com base nas regiões de responsabilidade sanitária, chamadas de áreas de abrangência. As áreas de abrangência (territórios) das unidades básicas de saúde são classificadas conforme os diferentes graus de risco, de acordo com os resultados de indicadores sociais e de saúde. No PSF de Belo Horizonte estão em atividade atualmente 508 equipes de saúde da família responsáveis pela atenção básica de aproximadamente 75% dos habitantes da cidade, o que significa aproximadamente 1.739 milhões de pessoas atendidas pela ESF, nos respectivos territórios (BELO HORIZONTE, 2008).

Em Belo Horizonte, as ESM são lotadas nos Centros de Saúde (CS) e atendem às ESF do próprio Centro em que se encontram e, ainda, outras que estejam vinculadas à microrregião na qual tais centros estão situados. Há, nesta proposta, uma perspectiva de trabalho territorial no qual trabalhadores de ambas as equipes (ESF e ESM) pensam juntos, propondo nas reuniões com a microrregiões desde o agendamento de visitas domiciliares à busca de parceria com outros equipamentos da Rede de Saúde Mental (Oliveira, 2008).

Na verdade, a lotação de equipes da saúde mental na atenção básica em Belo Horizonte, segundo Ferreira Neto (2008), é datada de 1985. As equipes de saúde mental foram compostas – um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social – e lotadas em alguns centros de saúde. Naquela época, momento anterior à municipalização da saúde, o atendimento era destinado, principalmente, aos egressos dos hospitais psiquiátricos. Atualmente, a orientação da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde é de que o trabalho das equipes de saúde mental na atenção básica deve priorizar o atendimento aos casos de psicose e neurose graves (RIBEIRO, 2008). Tal delimitação pode ser problemática, já que a proposta da parceria ESF/ESM vislumbra um trabalho em que ambas as equipes possam pensar juntas e sabe-se que boa parte dos usuários que procuram pelas equipes de saúde da família queixando certo sofrimento psíquico não se encaixa nos casos priorizados. Como exemplo, citemos o comentário de Nilo (2008, p.28) que afirma que quando a ESM passou a atuar no Centro de Saúde Lindéia, situado no Distrito Barreiro, “criou-se a expectativa de que ela poderia responder por uma série de demandas que expressam o sofrimento psíquico da população e que não há um remédio específico que o cure”.

O que é novo na rede de saúde de BH é que as ESM, sob as diretrizes do Matriciamento, podem intervir e atualizar o seu potencial de modificador no que diz respeito ao saber sobre o sofrimento mental, ampliando a assistência à SM. Surge neste contexto histórico, político, sócio-cultural e técnico-assistencial, o apoio matricial como um referencial metodológico para organização do suporte técnico-assistencial e pedagógico para Atenção Básica, exercida nos centros de saúde pela Saúde Mental. Estaríamos no terceiro momento da reforma psiquiátrica em Belo Horizonte, como afirma Ferreira Neto (2008), quando já avançadas as fases de formalização das primeiras equipes de SM na prefeitura de BH junto ao CS (década de 1980), seguida da segunda fase com desinstitucionalização da loucura e efetivação dos serviços substitutivos_ os Centros de Referência em Saúde Mental_ CERSAMs (década de 1990). Atualmente encontramos em BH uma busca pela integralidade da assistência à SM, via matriciamento, na Atenção Básica, em consonância com os princípios do SUS e MLA.

As ESM em Belo Horizonte, ao funcionarem na lógica do matriciamento, atuam como uma espécie de suporte às Equipes de Saúde da Família. As discussões conjuntas de casos, assim como os atendimentos compartilhados são recursos utilizados para que tal proposta seja efetivada, configurando o apoio assistencial. Outro ponto interessante acerca

do apoio matricial diz respeito ao suporte técnico-pedagógico, que no caso da saúde mental, refere-se à proposta de formação da ESF para que esta tenha uma maior capacidade para lidar com os casos relacionados ao sofrimento mental. O município de BH tem representatividade histórica nos movimentos sociais pela saúde e reafirma seu papel no atual momento histórico pela integralidade da SM na Atenção Básica.

A rede de saúde mental da cidade de BH conta ainda com uma estrutura, desde 1998, especializada em serviços substitutivos em SM, em consonância com as diretrizes do MLA. Composta por: sete CERSAM_ Centro de Referência em Saúde Mental, onde a equipe de profissionais de saúde mental faz o acolhimento, atendimento e/ou encaminhamento para os serviços da rede; nove Centros de Convivência cujas Oficinas desenvolvem atividades coletivas; sete Serviços Residencial Terapêutico/Lar abrigado; uma Cooperativa/Trabalho protegido. A equipe dos CERSAM's conta com Psicólogo, Assistente Social, Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e "equipe de Apoio" (Belo Horizonte, 2008). Quando a demanda do portador de transtornos mentais é de maior complexidade_cronicidade, retorno de internações, dentre outros, ao chegar na Atenção Básica, abre-se necessidade de uma busca de integração entre as ESF e ESM com a equipe do CERSAM. Uma interseção da rede, na via do Matriciamento, ainda pouco explorada.

3_ Algumas Considerações Finais para uma História em acontecimentos:

A expansão da proposta PSF, que objetiva ser uma estratégia para mudança do modelo assistencial vigente no país, vem sendo perpassada por inúmeras dificuldades principalmente no que se refere aos recursos humanos e financeiros, conforme sinalizaram os estudos de especialistas e pesquisadores da área da saúde (Lancetti, 2001; Nunes et al, 2007; Arona, 2009; Delfini et al, 2009). Onde evidenciam a relevância do trabalhador da saúde para fazer valer as políticas com suas portarias, diretrizes e normas, e a importância deste trabalhador resignificar sua prática, seus saberes e a relação de poderes. Na direção da clínica ampliada, iniciada na Atenção Básica que deve assumir a co-responsabilidade do acolhimento, o usuário torna-se protagonista e também um dos co-responsáveis para o processo de saúde. Já o conhecimento especializado, posto pelo projeto terapêutico, de acordo com os pressupostos das políticas públicas para a saúde em vigor, se fará como resultante múltiplo da relação dialógica, entre os diferentes saberes dos profissionais que ocupem o grupo de apoio matricial (profissionais da SM) e os profissionais do PSF da unidade básica e profissionais dos CERSAMs, em relação às demandas específicas da territorialidade. Este novo modelo opera modificações concretas no processo de trabalho e ressonâncias na saúde deste trabalhador.

Quanto aos trabalhadores da assistência à saúde mental, a Declaração de Caracas prevê a necessidade de capacitação voltada para serviço de saúde comunitário, explicitando que para tal direcionamento, há de se seguir certas declarações, entre as quais destacamos o item n.4 da Declaração:

“Que a legislação dos países devem ajustar-se de modo que,
a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais”.
(Brasil, 2004, p.12).

O que pretendemos destacar nestas linhas finais, sobre o trabalhador da saúde é

antes um cidadão que além dos direitos à saúde como todo brasileiro. Espera-se que as condições de trabalho na nova modalidade de assistência à saúde mental, também o considerem como cidadão portador de direitos humanos, tanto quanto os usuários dos serviços. Considerações para além dos investimentos recorrentes em capacitação. Não que esta seja inválida, muito pelo contrário, inclusive sendo uma das ênfases no Matriciamento_interseção ESM e ESF. Entretanto, além da necessidade real de se qualificar, capacitar, educar continuamente as pessoas que trabalham na saúde, faz-se necessário construir espaços políticos coletivos de reflexões e iniciativas sobre as condições e a organização – as relações intersubjetivas, do trabalho.

4_ Referências Bibliográficas:

AMARANTE, P. Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In: Fernandes, MIA; Scarcelli, IR; Costa, ES. **Fim de século: ainda manicômios?** 1999.p.47-53.

ARONA, Elizaete C. Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, 2009; V.18, Supl.1: 26-36.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte.** Belo Horizonte: HMP, 2008. 432 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **SUS BH – Cidade saudável.** Plano Macro Estratégico. Belo Horizonte: SMS, 2009. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental:** 1990-2004. Brasília. DF. 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Organizador: Alexandre de Moraes. 29ª Edição. São Paulo: Atlas. 2008.BRASIL.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006b.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. **Portaria nº 750 de 10 de outubro de 2006c.** Normas de cadastramento das equipes de Estratégia Saúde da Família, nos tipos: Equipe de Saúde da Família (ESF), Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB), Equipe de Agentes Comunitário de Saúde (ACS), No cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITT, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar. **Caderno Saúde Pública.** Rio de Janeiro, fev.2007 v.23, n.2, p.399-407.

DELFINI PSS et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009; 14(Supl.1): 1483-1492.

DIMENSTEIN, Magda e TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. Saúde pública: antecedentes históricos, campo de serviços e práticas no município e Natal/RN. In: BORGES, Livia de

Oliveira (Org). **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p:47- 68. 2005.

FERREIRA NETO, João Leite. Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. **Saúde em debate**. 2008. Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26.

FIRMINO, C.E. Apoio matricial em saúde mental: uma perspectiva de (re) inserção no território do paciente? In: XIII Colóquio de Psicossociologia e Sociologia Clínica, 2009, Belo Horizonte. **Anais do XIII Colóquio Internacional de Psicossociologia e Sociologia Clínica**. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

JUNQUEIRA, Virgínia. Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000). Polis/PUC-SP, 2001. **Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo**.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Saúde Mental nas Entranhas da Metrópole. In: Lancetti, A.(Org.). **Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. p.11-52. (saúde e loucura).

NUNES, M. et al. Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, RJ. Out, 2007; 23(10): 2375-2384.

NILO, Kelly. Saúde Mental e PSF: testemunho de um trabalho conjunto. In. NILO, Kelly *et al*(org.). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

OLIVEIRA, Ercília Gama. A saúde Mental na Atenção Básica: uma parceria com as Equipes de Saúde da Família. In. NILO, Kelly *et al*(org.). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

RIBEIRO, Guilherme Cunha *et al*. Integração do Programa de Saúde da Família com o Programa de Saúde Mental em um Centro de Saúde de Belo Horizonte. In. NILO, Kelly *et al*(org.). **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

Autoria: Patrícia Pinto de Paula. patriciapsi@pucminas.br
