

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Mônica Candida Lugão Moraes

INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NOS SISTEMAS DE
INFORMAÇÕES EM SAÚDE:
em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica

Rio de Janeiro

2017

Mônica Candida Lugão Moraes

INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NOS SISTEMAS DE
INFORMAÇÕES EM SAÚDE:
em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Arlinda Barbosa
Moreno

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

M827i Moraes, Mônica Candida Lugão
Indicadores de saúde mental nos sistemas de informações em saúde: em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica / Mônica Candida Lugão Moraes. - Rio de Janeiro, 2017.
126 f.

Orientadora: Arlinda Barbosa Moreno

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Básica à Saúde.
3. Estratégia de Saúde da Família. I. Moreno, Arlinda Barbosa. II. Título.

CDD 362.2

Mônica Candida Lugão Moraes

INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NOS SISTEMAS DE
INFORMAÇÕES EM SAÚDE:
em busca da intercessão da atenção psicossocial e atenção básica

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial
para obtenção do título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 30/05/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Arlinda Barbosa Moreno – FIOCRUZ/ ENSP / DEMQS

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta – FIOCRUZ / ENSP

Prof.^a Dr.^a Márcia Cavalcanti Raposo Lopes – FIOCRUZ/ EPSJV

Prof.^a Dr.^a Filippina Chinelli – FIOCRUZ/ EPSJV/LATEPS

Prof. Dr. Luiz Antônio Saléh Amado – UERJ

Aos meus amados pais, LUSDALVA e MÁRIO; ao meu grande amor, minha HELENA; ao meu esposo, meu melhor amigo e companheiro, ACÁCIO MORAES.

AGRADECIMENTOS

À admirável professora Arlinda B. Moreno, minha orientadora, pelos abraços fortes, pelo cuidado generoso em todos os momentos, pelo auxílio paciente e conhecimentos proporcionados durante a elaboração da dissertação, por me fazer perceber que é preciso caminhar e que nem sempre precisamos estar sozinhos. Muito obrigada por caminhar comigo!

Aos brilhantes colegas do Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde pelos inesquecíveis e agradáveis momentos em sala de aula. À querida Lívia Rios, por compartilhar intensamente este momento comigo e por sua incansável amizade.

Aos professores e alunos do curso de Psicologia da Faculdade Sul Fluminense pelos aprendizados e as oportunidades na construção da prática docente. À querida Viviane Andrade pelo apoio e pelos abraços “reiniciadores”.

Ao Sr. Alfredo José de Oliveira, Renata do Vale e Erika Tolentino, pessoas incríveis e excelentes profissionais, que me acolheram, escutaram, e tornaram possível minha caminhada até aqui. Minha gratidão sem medidas!

Aos meus colegas do CRAS Jardim Esperança, na cidade de Resende, que enriqueceram com suas experiências de vida a minha formação. De modo muito carinhoso, à Emanuele Dalpra pelo companheirismo e incentivo para sempre seguir na direção do meu alvo.

Às queridas Sandra Osório e Jaiza Rezende que sempre estiveram comigo neste projeto, unindo forças para me ajudar. E aos colegas de longos anos de atuação no CAPSi Viva Vida, pela aprendizagem compartilhada a cada dificuldade superada.

À minha família, meus pais e minhas irmãs, por nunca deixarem de acreditar nos meus sonhos e participar da construção de cada um deles, em cada detalhe. Carrego imenso amor por todos vocês.

À minha querida amiga Elisete Beralda que sempre me mostrou que todo esforço valeria a pena e por cuidar tão bem da minha menina em todo tempo – causando em mim ciúmes por ela querer ser igual a você em tudo. Amamos você!

Ao meu esposo Acácio e à minha linda Helena por entenderem as minhas ausências e sempre se mostrarem felizes com os meus retornos. Por tudo que representam em minha vida, por todo amor compartilhado e por fazer cada dia de investimento neste trabalho ter valido a pena.

Ao meu Deus, por eu ver Seu cuidado comigo se renovando a cada manhã, abrindo portas e me fazendo ir a lugares cada vez mais longes, cada vez mais altos!

Muito obrigada.

RESUMO

Esta dissertação foi desenhada a partir do interesse de estudar os caminhos possíveis para garantir um melhor cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAP) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Considerando que estes serviços são elementos de políticas públicas para a reestruturação dos modelos de atenção à saúde, este estudo tem como objetivo investigar como tem se dado a implementação de políticas de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde e sua contribuição para a ampliação do campo de Atenção Psicossocial e, ainda, analisar, face à intercessão das ações dos CAPS com a ESF, quais seriam os indicadores que têm sido utilizados para o monitoramento das ações e metas em saúde mental. E, a partir dos indicadores identificados, analisar se há contribuições desses indicadores para a transformação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no cuidado em saúde mental. Parte-se do pressuposto de que os indicadores de saúde mental na Atenção Básica em Saúde (ABS) são importantes para a avaliação em saúde, possibilitando tomadas de decisões e práticas em saúde adequadas às reais necessidades da população, devendo contribuir para que a ABS, por meio da ESF, configure um serviço potente para a ampliação do campo da Atenção Psicossocial e que a intercessão entre os seus princípios e os da Saúde Mental se estabeleça como um avanço no sentido da Reforma Psiquiátrica, sob o conceito da desinstitucionalização. A pesquisa privilegiou uma metodologia qualitativa, recorreremos à pesquisa teórica, bibliográfica e descritiva, tendo como referencial a temática da Saúde Mental e da Estratégia de Saúde da Família. Utilizamos como referencial teórico para o estudo os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Acreditamos que o estudo resultará em contribuições para novos debates no contexto da Saúde Mental e da ESF acerca de novos problemas, limites, impasses e vias de superação sobre as atuais configurações das respectivas políticas públicas. Contribuirá, também, para uma reflexão acerca de como a intercessão das ações de Saúde Mental com a ESF pode ser capaz de ampliar e garantir o acesso à saúde do sujeito em sofrimento psíquico, de produzir mudanças no sentido da desinstitucionalização, além de criar novas práticas de cuidado e de tecnologias de atenção.

Palavras-chave: Sistemas de Apoio Psicossocial; Saúde Mental; Atenção Básica à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Sistemas de Informação em Saúde; Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

This dissertation was conceived from the interest of studying the possible ways to ensure better care for the subject in psychological distress by the teams of the Psychosocial Care Centers (CAP) and the Family Health Strategy (ESF). Considering that these services are elements of public policies for the restructuring of health care models, this study aims to investigate the implementation of Mental Health policies in Primary Health Care and its contribution to the expansion of the Psychosocial Attention field. Beside of this, aims to analyze, in view of the intercession of the actions of the CAPS with the ESF, what would be the indicators that have been used to monitor the actions and to achieve service purposes in mental health. And, based on the identified indicators, to analyze if there are contributions of these indicators for the transformation of the work of the Community Health Worker in mental health care. It is based on the assumption that mental health indicators in Primary Health Care are important for health assessment, enabling making decisions and practices in health that are adequate to the real needs of the population and should contribute to the basic health care, by means of the Family Health Strategy, to set up a powerful service for the expansion of the field of Psychosocial Care and that the intercession between its principles and those of Mental Health be established as an advance towards the Psychiatric Reform under the concept of deinstitutionalization. We used qualitative methodology and theoretical, bibliographic and descriptive research, having as reference the theme of Mental Health and Family Health Strategy. We used as theoretical reference for the study the principles and guidelines of the Brazilian Sanitary Reform and the Psychiatric Reform in Brazil. We believe that the study will result in contributions to new debates in the context of Mental Health and the Family Health Strategy about new problems, limits, impasses and ways of overcoming the current configurations of their respective public policies. It will also contribute to a reflection on how the intercession of Mental Health actions with the Family Health Strategy may be able to broaden and guarantee access to the subject's health under psychological suffering, to bring about changes in the direction of deinstitutionalization, in addition creating new care practices and attention technologies.

Keywords: Psychosocial Support Systems; Mental Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Information Systems; Health Status Indicators

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BM	Banco Mundial
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Caps	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos na Saúde
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
eCR	Equipe de Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IASP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública

MAPS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAIS	Programa das Ações Integradas de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
POI	Programação e Orçamentação Integrada
PPA	Plano de Pronta Ação
PRA	Programa de Racionalização Ambulatorial
PREV- SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
RIPSA	Rede Interagencial de Informações em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RT	Residência Terapêutica
SAMPHS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SIAB	Sistema de Informação na Atenção Básica

SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIPAC	Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação de Saúde na Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SGETS	Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNICEF	United Nations Children's Fund/ Fundo das Nações Unidas pela Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE REFORMA DA SAÚDE NO BRASIL	20
1.1 A Reforma Sanitária Brasileira	22
1.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	33
2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ELEMENTOS CONTEMPORÂNEOS DA POLÍTICA PÚBLICA PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	42
2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: a Estratégia de Saúde da Família E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	42
2.1.1 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família..	53
2.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: OS CAPS COMO REFERÊNCIAS PARA MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.....	60
2.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial como Ciência Integrativa	68
3 ESTRUTURAÇÃO, COLETA E COMPOSIÇÃO DOS INDICADORES DE SM E ESF PARA SAÚDE MENTAL E O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	76
3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	76
3.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: a criação de bancos de dados e estabelecimento de indicadores	81
3.2.1 O Sistema, Base de Dados, Informação e Indicadores	81
3.2.2 O Sistema de Informação em Saúde no Brasil: monitoramento e avaliação na Atenção Básica	83
3.2.3 O ACS como personagem-chave na alimentação do SIAB.....	89
3.3 INDICADORES ESPECÍFICOS DA DEMANDA DE SM NA ABS	92
4 CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS E PERCURSO METODOLÓGICO	97
5 DISCUSSÃO.....	101
5.1 NOVAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: EM BUSCA DA INTERCESSÃO ENTRE OS CAPS E A ESF.....	101
5.2 INDICADORES NO SIAB: COMO SE CONTAM AS AÇÕES DE SM NA ABS	107
5.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: AGENTES DE SAÚDE MENTAL NA ABS?.....	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a construção e ampliação da rede de Atenção Psicossocial no Brasil tem sido presente nos espaços de trabalho e formação profissional em que circulo já há alguns anos. A partir de minhas vivências no campo de saúde, encontro o desejo de que a intercessão dos princípios norteadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), serviços estratégicos para a transformação do modelo assistencial a partir das diretrizes da política pública de saúde, resulte efetivamente em novos avanços na direção da Reforma Psiquiátrica, sob o conceito da desinstitucionalização, assegurando ações integradas de saúde mental na Atenção Básica em Saúde (ABS).

Quanto a uma possível *intercessão* entre a Saúde Mental (SM) e a Atenção Básica, espera-se que ela se dê enquanto transdisciplinaridade, que segundo Passos e Barros (2000), pode ser definida pelo estabelecimento de uma relação entre os termos que se intercedem, como “interferência através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político, etc.), sobre o outro” (p.77). Como tal, é capaz de produzir uma relação de perturbação e não somente de troca de conteúdos. Contrariamente a uma relação de *interseção* que resultaria na construção de um terceiro, estável, a partir de dois domínios que caracterizam a interdisciplinaridade, a relação na *intercessão* é capaz de gerar instabilidade e abalar concepções até então cristalizadas. Para Deleuze (1992), na *intercessão* não há um privilégio entre uma disciplina em relação a outra e o que nos interessa nas relações entre a ciência, a arte e a filosofia, é a capacidade que nelas há de criação de novos conceitos, porém conservando suas diversidades e singularidades.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, de forte influência basagliana¹, ao final da década de 1970 trouxe um importante questionamento crítico sobre o saber da Psiquiatria, o papel e a função social da técnica. Ao longo das últimas décadas, temos observado grandes transformações no campo da Saúde Mental no sentido de não promover

¹O psiquiatra Franco Basaglia (1922-1980), no Hospital de Triste e de Gorizia na Itália, foi o criador do movimento pela reforma psiquiátrica em seu país e se tornou um personagem importantíssimo na elaboração do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Segundo ele, a transformação do manicômio em um lugar de cura a partir de modificações no âmbito do hospital, inicialmente consideradas enquanto possibilidades para mudar o modo de tratamento dispensado as pessoas em sofrimento psíquico, não se apresentaram como suficientes para impetrar as transformações necessárias, mostrando-se limitadas apenas a reforma dos asilos e não das ideologias que os sustentavam. Após ter contato com as obras de Foucault e Goffman, somadas a uma formação acadêmica fenomenológica, Basaglia iniciou uma importantíssima inflexão em um projeto de desconstrução do saber e das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1996).

apenas uma reorganização do modelo centrado no hospital psiquiátrico. Atendendo à noção de processo enquanto movimento, como afirma Tenório (2007), a Reforma Psiquiátrica tem figurado um processo social mais amplo e complexo, capaz de gerar uma inquietação de seus atores, conceitos e princípios, produzindo no campo de saúde renovações constantes.

Conforme aponta Amarante (1994), na história do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico o saber da Psiquiatria negou ao sujeito sua subjetividade e identidade, objetivando-o como objeto do seu saber. Durante séculos, nos espaços de isolamento e reclusão sustentados pelo saber médico psiquiátrico encontramos a maior expressão da relação que esta estabelecia com seu objeto. Não obstante, as experiências de institucionalização não resultaram em modificações apenas na forma de relacionamento da Psiquiatria com o sujeito em sofrimento psíquico, mas em uma importante transformação do modo como a sociedade aprendeu a pensar o sofrimento psíquico, como sendo algo relacionado ao asilo, negativo, perigoso e destinado à exclusão social.

A fim de promover uma ruptura com o modelo tradicional de assistência em saúde mental, as ações impetradas pela Reforma Psiquiátrica implicam em várias dimensões simultâneas e interdependentes: a dimensão *epistemológica* que nos remete ao modo de pensar, desconstruir e reconstruir os conceitos produzidos pela Psiquiatria tradicional; a dimensão *técnico-assistencial* que é redefinida a partir das transformações na dimensão anterior e versa sobre organização dos princípios do cuidado; a dimensão *jurídico-político* com facetas que tratam os aspectos da legislação em saúde mental e das questões práticas da cidadania; e a dimensão *sociocultural*, que talvez seja a de maior complexidade por visar promover no meio da sociedade reflexões e transformações sobre o modo de lidar com as questões do sofrimento psíquico (AMARANTE, 2012).

O campo da Atenção Psicossocial tem sido marcado por uma diversidade de serviços, estratégias e dispositivos que, segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), têm a “atenção” e o “cuidado” como suas principais noções para lidar com o sujeito em sofrimento psíquico, voltados não apenas para a dimensão psíquica, mas para o social também. A estratégia da criação de novos serviços que atendam ao mandato de se constituírem fora da lógica do manicômio, com diversas práticas substitutivas ao modelo asilar, vem ocorrendo de modo mais expressivo após a Lei Federal 10.216/01. Contudo, os chamados serviços substitutivos, de base comunitária, abertos e territorializados, como os CAPS, não poderiam ser entendidos como uma solução “definitiva” para as questões do campo da Saúde Mental. Neste sentido,

esforços têm sido impetrados para a ampliação de uma rede de Atenção Psicossocial, incorporando possibilidades de articulação com novos recursos intersetoriais e comunitários para a inserção de novas propostas de atenção, trazendo à cena outras vozes e atores que possam contribuir para a construção desta rede (COSTA; LUZIO; YASUI, 2003).

Como afirmam Souza (2015) e Souza e Rivera (2010), apesar de ser possível reconhecer os avanços da política de Saúde Mental a partir da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessária admitir que há limitações e dificuldades dos CAPS, e de outros serviços de Saúde Mental, na busca e promoção de transformações culturais e reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico. A articulação dos CAPS com a Atenção Básica em Saúde (ABS), principalmente através da ESF, traz a possibilidade da promoção de novas práticas em saúde em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de promover a desinstitucionalização, de criar tecnologias de atenção e respostas às situações de crise.

Diversas foram as inquietações que atravessaram a elaboração deste estudo, mas de modo especial estavam questões relacionadas à percepção de que está posto um desafio para que os serviços surgidos a partir da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no país, estratégicos para a adoção de um modelo de atenção em saúde de acesso universal, com ações voltadas para a integralidade e a equidade, configurem efetivamente serviços que promovam o cuidado integral, de base territorial, atendendo o sujeito em sofrimento e seus familiares em sua comunidade, produzindo uma transformação da cultura manicomial que ainda insiste em nos rodear. Outra inquietação, de importância equânime, está na existência de uma lacuna entre a prática profissional e a demanda que existe por cuidados no campo da saúde mental pela população, exigindo uma melhor qualificação técnica dos profissionais para atuar nesta direção, a partir da elaboração de políticas de formação mais adequadas a realidade de atuação das equipes na Atenção Básica em Saúde.

Apesar de compreender que as mudanças ocorridas no modelo assistencial de Saúde Mental e na Atenção Básica em Saúde foram importantes para impulsionar uma aproximação entre essas áreas e conseqüentemente das suas políticas, acredito que esta é uma relação ainda em construção, que provavelmente continuará demandando longos anos de investimentos, e sobre as quais precisaremos abordar novos problemas e questões, considerando as possibilidades de uma efetiva ampliação do cuidado mais adequado ao sujeito em sofrimento psíquico tanto pelas equipes dos serviços especializados em Saúde Mental quanto pelas equipes da Atenção Básica em Saúde.

Minhas implicações com o tema do estudo proposto levam-me a acreditar que profissionais na Estratégia de Saúde da Família (ESF) podem e devem atuar sob os objetivos de criar uma atenção em saúde que seja capaz de acolher e reduzir o sofrimento do sujeito que precisa de cuidados em saúde mental, ampliando sua qualidade de vida, inclusão social, promoção de cidadania e saúde. No entanto, mesmo com os avanços na atenção à saúde gerados pela implementação de novos serviços de Saúde Mental e da ESF, ela permanece fortemente marcada por características de intervenções dos modelos tradicionais de saúde, comprometendo os esforços na direção de uma melhor qualificação dos profissionais, através de ações de treinamento, capacitações, cursos de aperfeiçoamento, e quanto as respostas às demandas de saúde mental que continuam, em sua maioria, inadequadas e fragmentadas.

Tal posicionamento demonstra que a construção do objeto deste estudo não foi apenas a escrita de “um texto chamado projeto” e, como afirma Mattos (2015), remete-me à ideia de que os momentos de elaboração do estudo, desde o seu planejamento até sua finalização, constituíram um engajamento “num processo reflexivo e criativo de concepção de uma pesquisa” (MATTOS, 2015, p.411).

Nesta busca, o objetivo do estudo foi investigar como tem se dado a implementação de políticas de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde, em especial a inclusão de ações de SM na ESF, e sua contribuição para a ampliação do campo da Atenção Psicossocial. Identificar, face à intercessão das ações dos CAPS com a ESF, quais seriam os indicadores que têm sido utilizados para o monitoramento das ações e metas em SM. E, a partir dos indicadores identificados, analisar se há contribuições desses indicadores para a transformação do trabalho dos profissionais das equipes de ESF (eSF), de um modo especial para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas ações de saúde mental na ESF.

Atualmente há um número expressivo de estudos que vêm abordando o tema da articulação da SM com a ABS, com apontamentos importantes sobre as várias dificuldades existentes para o atendimento das demandas de saúde mental pelas equipes da ESF. Dentre eles, são apontadas questões referentes à limitação da avaliação no âmbito nacional, a partir dos indicadores e parâmetros já estabelecidos pelo Ministério da Saúde, das ações de SM que são realizadas na ABS. Indicando a relevância da reformulação de estratégias para a avaliação em saúde a partir dos instrumentos de coleta de dados e informação em uso na ABS

(CARRENO *et al.*, 2015; LIMA; CORRÊA, OLIVEIRA, 2012; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2015; PÔRTO, 2012; SOUZA; LUIZ, 2012).

Dessa forma, neste estudo, traçamos no primeiro capítulo, um panorama sobre a implementação do processo de reforma do setor saúde no Brasil, abordando as questões surgidas no cenário nacional, especialmente quanto ao direito à saúde da população e à ruptura do modelo tradicional de assistência à Saúde Mental a partir dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

O segundo capítulo, à luz do referencial teórico da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, tomando a ESF e os CAPS como elementos contemporâneos da política pública para a reestruturação dos modelos de atenção à saúde, apresenta uma breve historicização da implementação destes serviços no Brasil, incluindo a configuração política da atuação dos ACS a partir do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como ciência integrativa que continua a visar a reversão da lógica manicomial e a ampliar o acesso ao cuidado integral ao sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares.

O terceiro capítulo tem como intenção apresentar a discussão sobre avaliação em saúde a partir dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) disponíveis no país. Aborda como indicadores de saúde mental identificados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que não abarcam as demandas específicas para as demandas de saúde mental, apresentando grande limitação e fragilidade na sistematização das ações realizadas pela ABS no território, e não contribuem efetivamente para a transformação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que frequentemente tem relatado dificuldades no manejo dos instrumentos de coleta de dados do SIAB, bem como na identificação dos casos de saúde mental.

O capítulo quatro traz as considerações analíticas e o percurso metodológico para o desenvolvimento do estudo, apontando sua orientação pela metodologia de abordagem qualitativa, através da pesquisa teórica, bibliográfica e descritiva de conteúdos da literatura e documentos que norteiam políticas públicas e práticas consolidadas de atenção à SM em interface com a ESF. Seguindo passos análogos ao da análise do conteúdo temática, o estudo se organizou a partir de três polos: a pré-análise; a exploração de material; e o tratamento dos resultados.

No quinto capítulo, os achados do estudo são discutidos criticamente, à luz do referencial teórico e documental abordado.

E, por último, são apresentadas as considerações finais sobre o estudo realizado.

1 A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE REFORMA DA SAÚDE NO BRASIL

Foi com a implantação do Sistema Único de Saúde, expresso na Constituição Federativa do Brasil em 1988, que a Reforma Psiquiátrica encontrou condições para o seu desenvolvimento. Em semelhança ao que ocorreu no movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, a criação do SUS foi resultado de outro movimento de mobilização social chamado de Reforma Sanitária.

Os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, como processos contemporâneos, ganharam força no fim do período da ditadura militar, na segunda metade da década de 1970, em meio ao movimento de redemocratização em curso no país e de graves denúncias geradas pela insatisfação da população com sua condição de vida e de trabalho, e principalmente, com a situação de desassistência, fortemente marcada pela mercantilização do setor público, pelo alto custo de uma assistência pouco resolutiva e de baixa qualidade (SOUZA, 2004).

A Reforma Sanitária apontava para a necessidade da ampliação do conceito de saúde e da criação de novos modos de atenção à saúde. De modo semelhante, a Reforma Psiquiátrica produzia críticas à lógica do modelo hegemônico hospitalocêntrico, apontando a urgência de rupturas com formas de tratamento psiquiátrico que atendiam à necessidade de exclusão social do sujeito em sofrimento psíquico.

A partir da criação do SUS, a Atenção Básica passou a ocupar um lugar estratégico para produzir novas práticas no campo da saúde, com objetivos claros de busca de uma melhor qualidade de vida das pessoas. Embora com o SUS a política de Saúde Mental tenha encontrado possibilidades de inovações assistenciais através da ampliação do direito à saúde, o diálogo entre as políticas da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária Brasileira vem se tornando frequente, como parte de uma agenda regular, somente a partir da última década.

Segundo Tenório (2007), a Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um processo bem sucedido, resultante em avanços que também auxiliam na construção do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil,

[...] na medida em que a rede de saúde mental tem se aproximado cada vez mais dos objetivos de acessibilidade (garantir o acesso a tratamento), universalidade (o sistema é para todos) e equidade (o sistema deve responder às diferentes necessidades dos usuários, que não são as mesmas para todos os grupos) (TENÓRIO, 2007, p.13).

Contudo, conforme apontam Fortes *et al.* (2014), existe uma lacuna de cuidados em Saúde Mental que poderia ser solucionada por uma estruturação da rede assistencial integral baseada na integração da Psiquiatria com a Atenção Básica em Saúde, sendo um campo importante e desafiador para a formação e assistência em Saúde Mental. Para isto, a construção e ampliação de novos modos de atenção à saúde mental através dos serviços de Atenção Básica em Saúde precisa seguir a lógica da desinstitucionalização e tem a possibilidade de se ocupar do sujeito em sofrimento psíquico de novas formas.

Como afirmam Souza e Rivera (2010), há eixos convergentes entre a Atenção Básica e a Saúde Mental que devem ser tomados como princípios na prática do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Sendo estes os conceitos e noções de: articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos e integralidade do cuidado. Para os autores, ao se apropriar destes princípios, há a possibilidade da criação de novos espaços capazes de produzir “sujeitos sociais, de produção de subjetividades, de espaços de convivência, de sociabilidade, de solidariedade e de inclusão” (SOUZA; RIVERA, 2010, p.124). São princípios que consideram o ser humano na integralidade e, não obstante, precisam corresponder de modo adequado ao modelo de redes de cuidado, de base territorial, visando à transversalidade de sua atuação com outras políticas que promovam o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Neste sentido, o cuidado prestado na Atenção Básica atende diversas situações complexas, o que exige profissionais qualificados para atuar com as situações de risco psicossocial que demandam intervenção urgente. Segundo Carvalho (2014), como porta de entrada para o sistema de saúde, as suas ações precisam estar organizadas de modo a atender situações mais simples e todas as que exigem tratamento ao longo da vida, como os atendimentos às pessoas em sofrimento psíquico, e situações de risco psicossocial. A implantação de uma Rede de Atenção em Saúde para a promoção efetiva e integrada de cuidados, além de apresentar inúmeros e complexos desafios, precisa se atentar prioritariamente à qualificação dos profissionais e seu compromisso com a transformação do modelo de saúde.

Os CAPS e a ESF, segundo Rivera e Souza (2010), como elementos da política pública para a reestruturação dos modelos de atenção à saúde através de novas práticas continuam sendo importantes no sentido de promover uma ruptura com o modelo de assistência tradicional ainda hegemônico, pautado na lógica saúde/doença, no modelo

biomédico, privilegiando as ações localizadas no interior do hospital, cronificador e pouco resolutivo.

As transformações impetradas pela Reforma Psiquiátrica, tanto quanto pela Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS), apontam para a mudança do modelo hegemônico pautado na racionalidade médica, centrado na doença, por uma nova forma de conceber a saúde, como resultado de um processo social mais amplo, deslocando seu foco da doença para a promoção de saúde e qualidade de vida. Para tal, torna-se indispensável à criação de novas estratégias de cuidado que incluem a subjetividade e as necessidades coletivas, tecendo uma rede intersetorial, geradora de inclusão social e que possibilite o desenvolvimento da autonomia de seus usuários. Neste sentido, segundo Yasui (2007), temos em ambos os movimentos um processo social complexo que se constitui a partir do protagonismo de seus atores que fizeram deles uma luta política em prol de uma transformação social.

1.1 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O movimento de Reforma Sanitária Brasileira ganhou força a partir da segunda metade da década de 1970, num período marcado por lutas pela redemocratização do país, e num contexto onde as questões de saúde, especialmente a do direito à saúde de toda a população, ganhavam destaque nas reivindicações a partir da mobilização da sociedade civil. Como um movimento por mudanças do sistema de saúde para além das reformas propostas pelo Estado, a Reforma Sanitária Brasileira estava compromissada com um projeto mais amplo de transformação social muito além do setor saúde (PAIM, 2012).

A partir dos valores que sustentam o movimento da Reforma Sanitária Brasileira ao longo de anos de luta por transformação efetiva do sistema de saúde, não se pode entendê-lo apenas como um projeto administrativo, ou técnico-gerencial, ou técnico-científico para o setor saúde. Segundo Arouca *apud* Nascimento (2001, p.6),

o projeto da Reforma é o da civilização humana, é um processo civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira.

Neste sentido, Paim (2012) afirma que o entendimento do projeto da Reforma Sanitária não deve estar associado apenas a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que precisa ser entendido como algo mais amplo. Sua formulação e concepção também transcendem às políticas públicas, tratando-se de uma reforma social.

Ao definir a Reforma Sanitária como uma reforma social mais ampla, o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) apresenta a seguinte descrição:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais aprofundada, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção, e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1987, p.381).

Paim (2008) afirma que a Reforma Sanitária Brasileira pode ser definida como:

- a) *Democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;
- b) *Democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos;
- c) *Democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, p.173).

Para o autor, iniciativas de reforma da saúde no Brasil realizadas anteriormente a Reforma Sanitária, quando não provocada fundamentalmente pela ação do Estado, estavam diretamente ligadas a ele, na maioria das vezes focadas nos portos e centros urbanos do país. A ‘Reforma Democrática da Saúde’ nascida da sociedade civil teve como “diferencial a ênfase na democratização da saúde e em demandas por ‘liberdades civis e bens coletivos’ capazes de reduzir as desigualdades e buscar a equidade no acesso a serviços públicos” (PAIM, 2008, p. 293).

Ao relatar a história das políticas públicas de saúde no Brasil, Baptista (2007), afirma que desde o final do século XIX diversas questões permeavam o debate sobre as políticas de saúde no país, bem como em outros países. E, que de modo especial já se apresentavam os questionamentos sobre o direito à saúde. No próprio contexto da constituição da própria história do Brasil como Estado-Nação está inserida a história das suas políticas de saúde. Durante longos anos, os interesses pela saúde e regulamentação da prática de profissionais do

setor estiveram diretamente relacionados com os interesses político e econômico do Estado, visando somente à garantia de sua sustentabilidade e a produção de riquezas.

Em seu artigo, Baptista (2007) descreve os vários períodos de reformulações importantes do sistema de saúde no Brasil, promovidas a partir da proclamação da República em 1889, produzindo ações coletivas e preventivas no período da primeira República; a organização a partir de 1923 de Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps), que chegaram a sugerir um modelo que serviria como esboço de proteção social no país; a criação na década de 1930, durante o governo Vargas, do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), com alguma ampliação e consolidação de direitos sociais, resultando, por exemplo, na criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IASP), que ampliavam o papel das Caps; o surgimento, a partir dos anos 1950, do modelo de saúde baseado no hospital e na assistência especializada, conforme uma tendência mundial no período pós-guerra², afirmando ser este um período também marcado pela ideologia ‘desenvolvimentista’ que apontou a relação ‘pobreza-doença-desenvolvimento’, resultando na indicação de elaboração de políticas que pudessem produzir melhorias na condição e nível de saúde da população como condição para tornar possível o desenvolvimento do país.

Embora a autora reconheça nos anos ‘desenvolvimentistas’ um passo para que se tornasse possível a discussão mais aprofundada acerca do direito à saúde e à proteção social como política pública, de modo semelhante às mudanças sanitárias ocorridas anteriormente, na prática, as políticas de saúde reforçavam que a saúde não era um direito de todo cidadão.

Contudo,

o desenvolvimentismo gerou riqueza e mobilizou recursos, o que levou a mudanças concretas nas cidades e novas demandas para o sistema previdenciário e para a saúde pública. A partir de então, as políticas de saúde configuraram-se um importante instrumento do Estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar – postos de trabalho, indústria (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e tantos outros. Estava constituída a base para a expansão do sistema de saúde e para a consolidação de um complexo produtivo [...] (BAPTISTA, 2007, p. 40).

A partir da década de 1960, principalmente com o golpe militar (1964), ocorrem mudanças no sistema sanitário que consolidaram o modelo médico-assistencial, o crescimento

² “A guerra possibilitou um grande quantitativo de experimentos com humanos utilizados como cobaias nos campos de concentração e nos hospitais militares e, conseqüentemente, um maior conhecimento acerca das drogas, técnicas médicas e seus efeitos no homem” (BAPTISTA, 2007, p.38).

do setor privado e do sistema previdenciário (BAPTISTA, 2007; SOUZA, 2004). Tal situação pode ser traduzida pelas seguintes ações:

- edição da LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social (1960), com a padronização dos benefícios;
- criação do INPS – Instituto de Previdência Social (1966), importando na unificação do sistema, que passou a ser considerado nacional;
- consolidação do sistema médico-assistencial centrado na ampliação irracional da oferta de serviços por parte da iniciativa privada (política privatista), caracterizado por baixo controle técnico, institucional e social, bem como por uma tendência à elevação de custos, dada a ênfase na atenção hospitalar e em procedimentos de alta complexidade, resultado da adoção de uma ‘medicina curativa’ e do modelo de compra de serviços (SOUZA, 2004, p.42).

As ações continuaram a não garantir o acesso ao direito à saúde de uma imensa parcela da população brasileira. A unificação dos IASP e a constituição do INPS resultou somente na centralização do poder dos IASP no Estado, fazendo com que as decisões tomadas não tivessem a participação dos trabalhadores, intensificando as relações de clientelistas do Estado e fortalecendo a tecnocracia, concebendo suas ações em gabinetes, de cima para baixo³. A assistência médica era um direito somente para os que podiam comprovar sua inclusão no sistema do INPS (BAPTISTA, 2007).

Segundo Baptista (2007), apesar de vivenciar o chamado período do ‘milagre econômico’ (1968 a 1974), o Brasil viveu um período de intensa estagnação social, resultante do descaso dos governantes em relação às políticas públicas. A área de saúde, numa crise sanitária com dificuldades de acesso da população à saúde e referentes às condições de saúde, recebia investimentos de modo precário fazendo com que diversas doenças já erradicadas e controladas ressurgissem em surtos epidêmicos, como a meningite, bem como o aumento da mortalidade infantil e o aumento do índice de acidentes de trabalho. Faltavam também investimentos em saneamento e habitação, fazendo com que ocorresse a intensificação da pobreza e a desigualdade social.

A partir do ano de 1974, como resposta do Estado brasileiro à crise sanitária, foram adotadas novas estratégias pelo governo militar com a deliberada intenção da manutenção do governo. O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) estabeleceu novas estratégias para a composição de uma política de desenvolvimento social e no caso da saúde deu início às

³ Segundo Baptista (2007, p. 41), “a tecnocracia expressa uma forma de atuar do burocrata que se utiliza do argumento técnico no processo de construção de estratégias de ação do Estado. O tecnocrata, assim como o técnico, parte da competência e tem em vista a eficiência. Não é um especialista, mas um perito em ideias gerais, e com isso acumular um conhecimento global das variáveis de ação. É ele quem coordena e reelabora o processo decisório, com argumento de legitimidade e neutralidade da ciência”.

chamadas *políticas racionalizadoras*. Ao mesmo tempo, ocorreu o processo de abertura do governo, num discurso de uma distensão ‘lenta, segura e gradual’, de um lado aliviando a censura da grande imprensa, de outro possibilitando a expansão e expressão gradativa de movimentos sociais em torno, principalmente, da questão saúde, composto por populares, estudantes, profissionais e intelectuais (BAPTISTA, 2007; PAIM, 2008).

Para a saúde, esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do ‘movimento sanitário’, que estabelecia sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico – Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), dentre outras. A intelectualidade pertencente ao setor saúde divulgava estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicava mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil (BAPTISTA, 2007, p.42).

Segundo Paim (2007), muitos dos movimentos iniciados neste período, incluindo o movimento sindical, resultaram na criação do Centro Brasileiro de Estudos na Saúde (CEBES), fundado em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, que se tornaram representantes importantes da Reforma Sanitária Brasileira. Para ele, pode-se ressaltar a importante participação das universidades e dos serviços de saúde, patrocinadas por fundações americanas, no desenvolvimento de programas de medicina comunitária, “contemplando a integração docente-assistencial, com ênfase no pessoal auxiliar, organização de serviços de saúde e participação da comunidade” (PAIM, 2007, p.72).

Nos anos de 1970 algumas mudanças na política de saúde foram realizadas, porém, ocorridas sob a intensa pressão por reformas no setor, elas se efetivaram de modo bastante incipiente visando resguardar os interesses do Estado autoritário. Segundo Baptista (2007), foram medidas que favoreceram a construção de políticas mais universalistas na área de saúde, fortalecendo ainda a perspectiva de reforma do setor. Destacam-se, dentre as políticas implementadas:

- a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que constituiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
- a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;

- a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
- a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com mecanismo de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social (BAPTISTA, 2007, p. 43-44).

Todavia, as propostas tinham como objetivo apenas realizar uma intervenção racionalizadora, que pudesse organizar as atividades do setor público, mas não havia nelas nenhuma pretensão de mudar precipuamente a estrutura de prestação de assistência de saúde. Conforme afirma Paim (2008), as medidas adotadas não foram suficientes para contornar os determinantes da crise do setor que se expressavam pela ineficácia da assistência médica, pelos custos muito elevados do modelo médico-hospitalar, marcado pelo aumento dos convênios com o setor privado e mercantilização da medicina sob o comando da previdência social, e pela desassistência da população causada por uma falta de acesso aos serviços de saúde. Neste mesmo período ocorria o fim do “milagre econômico”, com a crise do capitalismo mundial iniciada nos primeiros anos da década de 1970, e se apresentava o decréscimo de legitimidade do autoritarismo.

Os movimentos sociais renasceram em meados da década de 1970, compostos por trabalhadores, setores populares, estudantes, intelectuais e profissionais da classe média, expressavam uma intensa inquietude quanto ao setor saúde, demonstrando-se contrários às políticas de saúde autoritárias e privatizantes. Neste contexto, em 1976 o CEBES era criado como um importante ator na organização de debates sobre a questão da democratização da saúde e para a reconstrução cultural do pensamento em saúde, tornando-se ‘intelectual coletivo da Reforma Sanitária Brasileira’. Ocorrendo também no âmbito do Estado a mobilização dos secretários de saúde que, por exemplo, promoveu em 1978 o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde das capitais do Nordeste, que possibilitou que fossem iniciadas a elaboração da “*proposta*” da Reforma Sanitária (PAIM, 2008).

Pretendia-se promover debates que pudessem resultar em uma reforma para além de meros arranjos administrativos do sistema de saúde, investindo em discussões sobre o direito à saúde, visando a “universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo INAMPS e o Ministério da Saúde em um mesmo sistema e a integralidade das ações

(com garantia do acesso a ações de prevenção e assistência médica)” (BAPTISTA, 2007, p.44).

Neste contexto, no início dos anos 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) num discurso ‘democrático-social’. Segundo Paim (2008) foi dada ênfase à Atenção Primária da Saúde e anunciada a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que mais tarde seria visto como um ‘quase-SUS’ (SOUZA, 2004).

O Prev-Saúde se apresentava como uma proposta de extensão nacional do PIASS, desenvolvido no período de 1976 – 1979 no Nordeste Brasileiro. Conforme afirma Baptista (2007), o PIASS configurou uma experiência bem sucedida para promover melhorias no nível de saúde da população da região Nordeste, através da implantação de uma estrutura básica de saúde pública – voltada para o atendimento às comunidades de até 20.000 habitantes. No entanto, o governo acabou não incorporando o Prev-Saúde, que objetivava equipar o país de uma rede de serviços básicos, promover cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde. Apesar de diversas resistências a sua concretização, principalmente da ordem dos interesses econômicos de lucro no setor saúde, a proposta do Prev-Saúde “revelou uma inédita entrada do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde [...] começavam a se integrar em uma proposta abrangente de definição da política de saúde” (BAPTISTA, 2007, p. 46).

Juntamente com a crise do regime militar, no início da década de 1980, pode-se observar a crise financeira da Previdência Social se aprofundando:

Observa-se ainda, no período, uma redução dos recursos da Assistência Médica da Previdência Social (diminuição da participação do INAMPS nas despesas do SINPAS) e uma crise financeira, caracterizada pela ampliação da cobertura sem a criação de fontes e mecanismos de financiamento (em 1981 é decretada a falência do setor e há uma ampliação do debate público). [...] A desaceleração da economia e a redução da massa salarial refletiam diretamente na arrecadação de recursos para fazer frente aos benefícios previdenciários e às demandas por serviços de saúde. [...] o governo busca e adota medidas racionalizadoras para programas, ações e custos da atenção médica. A de maior relevância é a criação do CONASP (1981) – Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – com o objetivo de propor medidas para o controle de despesas da previdência em função da crise (SOUZA, 2004, p.45).

Segundo Baptista (2007), visando identificar respostas concretas para as razões que levaram a crise do setor saúde, um grupo de trabalho específico criado no contexto do CONASP, identificou diversas distorções do modelo de saúde vigente, apontando para a existência de uma rede de saúde sem eficiência, desintegrada e complexa, instigadora de fraudes e de desvios de recursos. Surgiram propostas operacionais básicas para a

reestruturação do setor, no entanto, não para a desmontagem do sistema. Nas as propostas apresentadas, estavam o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais) – que posteriormente foi denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), a Programação e Orçamento Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

Para Souza (2004), as propostas apresentadas pelo diagnóstico realizado pelo CONASP foram incorporadas na esfera do discurso, e só posteriormente, a partir da Nova República, em 1985, foram inseridas na prática. Segundo a autora, as AIS “ganham expressão nacional e se tornaram eixo fundamental no processo de descentralização da saúde, pois criaram infraestrutura fundamental de rede física de cuidados básicos e representaram um impulso político aos níveis subnacionais de governo” (SOUZA, 2004, p.44-45). Contudo, apesar dos avanços estimulados pelas medidas de incentivo ao desenvolvimento das unidades públicas e expansão na capacidade instalada municipal dos serviços, a questão da centralização do poder de decisão no âmbito federal não pode ser solucionada pelas AIS.

Na visão de Baptista (2007), a AIS e o SAMHPS foram os únicos dentre os programas apresentados que demonstravam aspectos dos princípios básicos para uma política de saúde unificada, integrada e centralizada. Sendo a AIS a estratégia de maior importância para “a universalização do direito à saúde e significou uma proposta de ‘integração’ e ‘racionalização’ dos serviços públicos de saúde e a articulação destes com a rede conveniada e contratada, o que comporia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento” (BAPTISTA, 2007, p.47). E o SAMHPS, através do controle de recursos para o setor privado, pela introdução de um instrumento gerencial e de pagamento de contas hospitalares baseado nos procedimentos médico-cirúrgicos – a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), tornando possível uma regulação das internações e conseqüentemente, o controle das fraudes. “Estas propostas avançaram na discussão sobre o funcionamento do setor previdenciário e sua articulação com a saúde e criaram condições para a discussão sobre a democratização e universalização do direito à saúde, especialmente a partir do governo da Nova República” (BAPTISTA, 2007, p.48-49).

A partir de 1985, com a redemocratização e o estabelecimento da Nova República, por meio de eleições diretas a sociedade brasileira conquistou um governo civil. As AIS foram retomadas, ampliadas e fortalecidas em termos orçamentários, sendo “consideradas como uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos

serviços" (PAIM, 2008, p. 97). No âmbito político-institucional do Estado – no Ministério da Saúde, no INAMPS, na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cargos de importante expressão para a coordenação política e pactuações no setor da saúde e da previdência foram ocupados por representantes da RSB.

Neste contexto, foi possível observar uma contenção das políticas privatizantes no interior da Previdência Social e o recurso às estratégias capazes de canalizar recursos previdenciários para estados e municípios no sentido de fortalecimento dos serviços públicos; bem como de estímulo à integração das ações de saúde, de apoio à descentralização gerencial, de incorporação do planejamento à prática institucional e de abertura de canais para a participação social (PAIM, 2008, p.97).

Em 1986, a realização da VIII CNS configurou um momento importante de debate para uma nova estruturação do sistema de saúde brasileiro, o que mais tarde resultaria na criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Paim (2012), como reflexo da mobilização existente durante os preparativos da Conferência ocorreu uma produção intensa de material. Os textos, segundo o autor, contemplariam importantes conceitos como ‘determinação social da saúde-doença’ e ‘organização social das práticas de saúde’, além de abordar noções como a de ‘consciência sanitária’, ‘promoção da saúde’ e ‘intersectorialidade’. Durante a Conferência, sob a discussão de temas que abordavam a saúde como direito, a necessidade imperativa de uma reformulação da política pública de saúde e do financiamento para o setor, norteadas pelo conceito de ampliado de saúde, foi proposta e aprovada uma nova definição de saúde:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população, em suas lutas cotidianas. A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.04).

A VIII CNS se tornou um marco histórico da política de saúde brasileira. Pela primeira vez, foi possível a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial, uma expressão do que seria indicado em seu relatório final: a participação popular na elaboração de políticas públicas de saúde, bem como o controle de suas práticas estabelecidas. A Conferência contou com cerca de 5.000 participantes, entre profissionais, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, aprovando por unanimidade a diretriz da universalidade da saúde (PAIM, 2012).

No mesmo período em que o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde⁴ (SUDS), como iniciativa do MPAS/INAMPS, era implantado (1987), ocorreu outro evento fundamental para o avanço na construção de uma nova concepção de saúde, mais ampliada e produtora de novas formas de pensar a formulação das políticas públicas de saúde, foi o processo da Constituinte (1987/1988) que logo depois, através da Constituição de 1988, aprovou a criação do SUS e permitiu a saúde se inscrever como:

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, 2016, p.119).

Segundo Paim (2008) a conquista da democracia gerou uma mobilização e organização da população na defesa dos seus direitos, como uma consciência que ia se expandindo progressivamente. Assim, melhores condições de acesso e qualidade dos serviços de saúde eram exigidas pela população, bem como melhorias das condições de vida, de trabalho, de educação, de alimentação, de lazer, das questões econômicas e de justiça. Neste sentido, uma ‘verdadeira Reforma Sanitária’ estaria relacionada às reformas econômicas, agrárias, urbanas e financeiras, visto que o conceito mais ampliado de saúde a considera determinada pela economia, pela política e pela sociedade.

De acordo com Baptista (2007), o SUS se incorpora num contexto da política pública de modo ampliado, no da seguridade social que inclui as políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. Pela primeira vez no Brasil foi elaborada uma estrutura de proteção social voltada à universalidade da cobertura e o atendimento, uniformidade dos benefícios e serviços às populações dos centros urbanos e regiões rurais, equidade na forma de participação do custeio e de caráter democrático e descentralizado na gestão administrativa. Um modelo que rompia com o caráter excludente do padrão político anterior baseado no mérito, afirmando caber ao Estado a responsabilidade de prover a atenção à população como um compromisso a democracia.

Contudo, tornar o SUS enquanto política tão abrangente em prática não seria uma tarefa fácil, ao longo do seu processo de operacionalização tornar-se-iam frequentes negociações e reconstrução da proposta original. As transformações dos serviços ao término

⁴ Segundo Souza (2004), o SUDS tinha como diretrizes: universalização e igualdade no acesso, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, descentralização das ações, implementação dos distritos sanitários, instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

da década de 1980 não haviam se concretizado. Com a Carta Constitucional, a definição do SUS havia sido aprovada, mas a sua regulamentação ocorreria somente em 1990, com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde de nº 8.080 e nº 8.142, e a partir de várias normas e portarias que serviriam de instrumentos de regulamentação do sistema pelo Ministério da Saúde.

Souza (2004, p.50) considera que:

Tanto a Constituição de 1988 quanto a Lei nº 8.080/90 possibilitaram a oportunidade de ter direito a ter direito (direito à vida, saúde, voz e participação – mais uma tentativa de exercício de cidadania). O direito à saúde consagra as propostas de Reforma Sanitária.

No entanto, a Reforma Sanitária, segundo Paim (2008), representa uma *reforma social* inconclusa, não teria conseguido resultar numa revolução no modo de vida. Passando por vários momentos de um ciclo

[...] era uma *ideia* que se sai plasmando na medida em que se procedia a uma crítica ao sistema de saúde durante a ditadura. Foi uma *proposta* inicialmente apresentada pelo CEBES, trazendo um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no documento *A questão democrática na saúde*, em 1979. Foi, também, um *movimento*, mobilizando um bloco de forças políticas, ideológicas e sociais, além de um *projeto*, sintetizado no *Relatório Final da 8ª CNS*, consubstanciando um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um *processo*, porquanto a *proposta* e o *projeto* formulados não se contiveram nos arquivos nem nas bibliotecas, mas se transformaram em “bandeiras de luta” de um *movimento*, articulando práticas (política, ideológica, científica, técnico e cultural) e tornando-se História (PAIM, 2008, p.290-291- grifos do autor).

Neste sentido, é possível concluir que sua agenda não se esgotou, reclamando uma intenção dos governantes, dos técnicos e da população para manter em curso as mudanças necessárias para que o sistema de saúde brasileiro tenha uma política mais justa, solidária e redistributiva. O direito à saúde é uma conquista do movimento social e o projeto de Reforma Sanitária possui valores fundamentais, como democracia, liberdade, justiça, emancipação dos sujeitos, que não podem e não devem ser desprezados. Ao longo de seu processo, é possível observar avanços e retrocessos, perdas e conquistas da Reforma Sanitária, mas podemos registrar significativas mudanças, como afirma Paim (2008), com destaque para:

[...] o reconhecimento formal do direito à saúde e a descentralização com comando progressivamente único em cada esfera do governo [...] A defesa e o posterior reconhecimento do direito universal à saúde, o reforço da noção de cidadania e a sua vinculação ao conceito de seguridade social, introduziram mudanças significativas na relação Estado–sociedade no Brasil a partir do projeto da RSB (PAIM, 2008, p. 294).

Assim como os diversos autores utilizados para descrever o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, acreditamos que seu projeto é muito mais amplo do que o SUS, e como

processo é algo mais complexo, em movimento, algo vivo que continua (e precisa!) a fazer parte de lutas sociais por melhorias das condições de vida e de saúde de nossa população.

1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu como um processo contemporâneo ao movimento pela Reforma Sanitária, caracterizando-se como movimento social e contrahegemônico que também objetivava uma ruptura com o modelo tradicional de assistência à saúde mental, buscando através de suas reivindicações o direito ao exercício de cidadania do sujeito em sofrimento psíquico.

As transformações impetradas pela Reforma Psiquiátrica possibilitaram o surgimento de novos serviços, com novas propostas para a assistência em Saúde Mental e novas políticas públicas para a atenção à saúde. Entretanto, um longo e complexo processo seria necessário para que as mudanças fossem realizadas, sendo marcado este período, segundo afirma Leal (2000), por dois momentos: no primeiro, ocorreu uma crítica ao modelo de assistência baseado na internação, suas distorções, abusos e violências; o segundo foi caracterizado pelo debate sobre a natureza dos poderes, práticas e procedimentos psiquiátricos, caminhando para discussões sobre a inserção social do sujeito em sofrimento psíquico.

O movimento pela Reforma Psiquiátrica teve seu início na segunda metade da década de 1970 num contexto geral de mobilização pela reforma do sistema de saúde brasileiro, e quando ocorriam significativas denúncias geradas pela insatisfação da população com uma situação de desassistência, fortemente marcado pela mercantilização do setor público, pelo alto custo de uma assistência que era pouco resolutiva e de baixa qualidade de atendimento. De modo específico, o movimento também não se conformava com as situações de violência, abuso, abandono e exclusão social que eram promovidas pelas instituições psiquiátricas tradicionais.

Segundo afirmam Alves e Schechtam (2014, p.45):

[...] Até o fim da década de 1970, na assistência psiquiátrica dos hospitais públicos no Brasil, mais do que a oferta de um tratamento disciplinar, laborterapia, eletrochoques e psicofármacos, prevaleceu o abandono. Ainda nessa década, a marca predominante foi a abertura de grande número de hospitais, privados ou filantrópicos, contratados pelo setor público e financiados com recursos dos

segurados da previdência social. Foi um período de intensa privatização da assistência médica, especialmente na psiquiatria.

Para Amarante (1995), o início do movimento da Reforma Psiquiátrica poderia ser considerado como o momento de uma “trajetória alternativa”. Foi no período do fim do chamado “milagre econômico”, acompanhando um contexto de uma retomada de movimentos sociais a partir de uma maior organização política dos cidadãos, que importantes manifestações no setor saúde surgiram e possibilitaram a constituição do Centro Brasileiro de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME). Segundo o autor, neste período também ocorreu a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) a partir da chamada “Crise da DINSAM”⁵, que logo se tornaria um ator político e sujeito fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O MTSM como um espaço de luta não institucional, iniciou um processo de denúncias sobre a falta de recursos das unidades psiquiátricas, as condições precárias de trabalho que resultavam em uma precarização ainda maior na assistência à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental (AMARANTE, 1995).

Na época, a questão é bastante divulgada e debatida na imprensa e no interior de entidades expressivas da sociedade civil. Em um processo muito semelhante ao ocorrido na Europa, durante o pós-guerra, a sociedade brasileira mostra-se perplexa com a violência a qual as instituições públicas tratam os seus cidadãos enfermos e sem recursos. A violência das instituições psiquiátricas é entendida dentro da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, os cidadãos de toda a espécie (AMARANTE, 1995, p. 90).

Com o propósito de promover um debate mais amplo sobre as propostas de mudanças na assistência em Saúde Mental, o MTSM passou a organizar encontros, reunir trabalhadores em saúde, associações de classe, entidades e setores mais amplos da sociedade. E foi no ano de 1978, com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que os movimentos em saúde mental que já aconteciam em alguns outros estados (São Paulo, Bahia e Minas Gerais) ganharam visibilidade, possibilitando ao MTSM constituir-se como uma força nacional. Nesta ocasião, foi possível promover um encontro com setores conservadores, atribuindo um caráter ao congresso de discussão e organização político-ideológico, abordando questão e críticas

⁵ DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental, composto por quatro unidades localizadas no Rio de Janeiro/RJ (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII; Hospital Pinel – em 1988 tornou-se Hospital Philippe Pinel (HPP); Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsector saúde mental. A chamada “crise da DINSAM” foi resultante de graves denúncias realizadas por profissionais de irregularidades no Centro Psiquiátrico Pedro II, gerando uma mobilização de profissionais de outras unidades, recebendo o apoio também do REME e do CEBES. Em abril de 1978 deflagraram uma greve, resultando na demissão de 260 estagiários e profissionais.

voltadas ao regime político nacional, e não somente às relacionadas à política de saúde mental (AMARANTE, 1995; ALVES; SCHECHTMAN, 2014).

Outro momento da Reforma Psiquiátrica, iniciado nos primeiros anos da década de 1980, apostaria “na moralização, ampliação e aperfeiçoamento técnico do modelo existente, sem críticas aos seus pressupostos” (TENÓRIO, 2007, p.12). As propostas neste período não se mostraram suficientes para modificar a lógica assistencial centrada no hospital, na internação psiquiátrica, produzindo somente propostas de uma reestruturação destes espaços para o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Não havia um dispensar da presença do hospital psiquiátrico, havia a proposta de uma “moralização do asilo e ambularização” da assistência.

Segundo AMARANTE (1995), este período seria o de uma “trajetória sanitarista”, quando

[...] parte considerável do movimento da Reforma Sanitária, e não apenas o da psiquiátrica, passa a ser incorporada, ou a incorporar-se no aparelho de Estado. Resultado: por um lado, de uma tática desenvolvida inicialmente no seio do movimento sanitário, de ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão, como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, em um momento em que, com o fim da ditadura, renovam-se as lideranças da tecnoburocracia. Por outro, se constitui como previamente de uma outra tática – esta de iniciativa do Estado – de absorver o pensamento e o pessoal crítico em seu interior, seja com o objetivo de alcançar legitimidade, seja para reduzir os problemas agravados com adoção de um política de saúde excessivamente privatizante, custosa e elitista (AMARANTE, 1995, p.91).

Este momento precisa ser considerado como “vigorosamente institucionalizante”. Para Amarante (1995), sob forte influência da Organização Pan-Americana da Saúde, quando os planos da medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária estavam proeminentes, foi dada uma crítica menos rigorosa à saúde partindo-se do princípio, ao que tudo indica, de que a administração juntamente com a ciência médica seriam capazes de resolver o problema das coletividades.

Cresce, assim, a importância do saber sobre a administração e o planejamento em saúde: basta saber colocar em ordem os serviços, os recursos, as instituições, que tudo se resolverá. Deixa-se de refletir sobre o papel dos técnicos, das técnicas e da medicina ocidental na normatização das populações, na construção de saberes hegemônicos sobre saúde (AMARANTE, 1995, p.91).

Para consolidar este período, segundo Alves e Schechtman (2014), com a participação efetiva entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social nas políticas de assistência médica, a Portaria nº 3.108/1982 estabelecendo o Programa de Reorientação da Assistência

Psiquiátrica no Âmbito da Previdência Social⁶ é publicada, visando à inversão do aumento de leitos e repassar os recursos para os serviços públicos para que pudessem assumir a maior parte da assistência psiquiátrica, devido a uma crescente compra de serviços privados, aos altos custos com as internações psiquiátricas de longa duração, sem qualquer tipo de regulação eficaz para conter toda esta situação.

Sem dispensar o hospital psiquiátrico, a saúde mental no modelo da Atenção Primária à Saúde, preconizada pela OPAS, realizou algumas iniciativas em resposta à ineficácia do modelo assistencial vigente. Dentro da concepção dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como alternativa assistencial extra-hospitalar preconizou a implantação em larga escala de ambulatórios públicos. Contudo, havia limitações nas organizações do ambulatório para que fosse possível a eles cumprir sua missão na diminuição das internações psiquiátricas, acolher as necessidades de tratamento dos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, bem como tentar evitar reinternações (ALVES E SCHECHTMAN, 2014).

Neste sentido, conforme afirma Tenório (2007), a proposta de reorientação da assistência com os ambulatórios não foi bem-sucedida pelas características que estes assumiram: as consultas eram realizadas em um curto período de tempo e ocorriam de forma muito desordenada, fazendo com que a repetição burocrática da prescrição medicamentosa também fosse uma prática comumente presente; a admissão e desligamento atendiam a um procedimento extremamente burocrático, frequentemente regido pelo número de faltas aos agendamentos de consultas; e, demonstrando pouca resolutividade e flexibilidade, não conseguia garantir o tratamento dos casos que apresentavam maior gravidade e resistência ao tratamento ambulatorial, através de agendamento de consultas.

Para Amarante (1995, p.93)

O ‘fracasso’ das experiências que se pretendiam ‘alternativas’ ao modelo da psiquiatria clássica em todo mundo – demonstrado não apenas por Basaglia, mas também por Foucault, Castel, e, dentre outros, Joel Birman e Jurandir Freire Costa (1994) – fazia crer que era impossível transformar a realidade da psiquiatria e das instituições psiquiátricas de uma forma radical. Cabe ressaltar que, pelo termo ‘alternativas’, era possível abarcar tudo aquilo que não fosse a psiquiatria tradicional, asilar, que ia da psiquiatria preventiva às técnicas sanitárias de organização do subsistema de saúde mental (entenda-se a atenção primária, os cuidados básicos de saúde mental etc.). O início da trajetória institucionalizante do sanitarismo traduz, de uma certa forma, o que Basaglia denominava ‘o culto do pessimismo’. [...] Assim é que o início da trajetória institucional da estratégia

⁶ Segundo Alves e Schechtman (2014), o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica foi conhecido como Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).

sanitarista é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades.

O início do fim da “trajetória sanitaria”, especificamente no campo da saúde mental, de acordo com Amarante (1995), ocorreria com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no ano de 1987, já como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Realizada a contragosto dos dirigentes da DINSAM e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), esta promoveu uma maior participação social para a elaboração de políticas públicas de saúde garantida a partir de uma melhor distribuição das vagas de delegados entre representantes de instituições e órgãos públicos e os representantes da sociedade civil. Tornando-se um marco importante para a abertura de espaços para a participação e voz nas instâncias oficiais das organizações de usuários e familiares dos serviços da psiquiatria.

Com o fim da “trajetória sanitaria” o movimento da Reforma Psiquiátrica inicia a sua “trajetória da desinstitucionalização” ou da “desconstrução/invenção” (AMARANTE, 1995). Nesta, são as instituições psiquiátricas que passam a ser colocadas em questão, com suas práticas pautadas na segregação e adoção de medidas equivocadas. Há uma proposta de um processo mais amplo do modelo de assistência em saúde mental, com questionamentos ao modelo tradicional instituído e suas práticas vigentes.

Alves e Schechteman (2014) apontam as iniciativas pioneiras e relevantes para uma superação progressiva do modelo hospitalocêntrico da assistência psiquiátrica, em uma apresentação atendendo à ordem cronológica de acontecimentos de fatos no final da década de 1980 e início de 1990:

- A criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, implantado em 1987 no centro da cidade de São Paulo, recebendo o nome de Luiz da Rocha Cerqueira;
- A realização, no mesmo ano, do II Encontro do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, com a criação do Movimento de Luta Antimanicomial sob a bandeira “Por uma sociedade sem manicômios”;
- Em 1989, após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (lugar com capacidade para 200 pacientes e abrigava 500) pela Prefeitura de Santos – realizada com base na nova Constituinte de 1988, foram implantados os Núcleos de Atenção

Psicossocial, como serviço substitutivo ao hospital, com funcionamento durante 24h em todos os dias da semana; A apresentação do projeto do deputado Paulo Delgado, em 1989, propondo a “Extinção Progressiva dos manicômios no Brasil” na Câmara de Deputados, influenciando a formulação da política de saúde mental naquele momento e um amplo debate social sobre o modelo hegemônico;

- Em 1990, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, composta pelas leis nº 8.080 e 8.142 que regulamentaram a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os novos dispositivos constitucionais (BRASIL, 2003);
- A realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, convocada pela Opas, realizada em 1990 em Caracas, Venezuela, que resultou na Declaração de Caracas.

A década de 1990 foi importante para o estabelecimento de marcos definidores para as transformações no modelo de assistência em saúde mental no país. Surgiram como principais diretrizes para o movimento da Reforma Psiquiátrica a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, a ruptura do modelo centrado no hospital psiquiátrico e o estabelecimento do modelo da atenção psicossocial como norteador dos cuidados em saúde mental.

Contudo, apesar de ser um movimento que ganhou grande força e apoio a partir de um expressivo envolvimento de gestores, trabalhadores, usuários e familiares em favor de suas propostas iniciadas na década de 70, foi somente no dia 27 de março de 2001 que ocorreu a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A demora da aprovação desta lei, desde a apresentação do seu primeiro projeto pelo então deputado Paulo Delgado em 1989, as inúmeras exigências para modificações de algumas de suas propostas, é a expressão dos percalços e resistências sofridas pela Reforma Psiquiátrica por contrariarem interesses econômicos – os proprietários de grandes hospitais psiquiátricos se beneficiavam muito com o “mercado da loucura”, corporativos, políticos e culturais (AMARANTE, 2012).

Tenório (2007) considera que a década de 2000 é marcada por “uma mudança de nível nas políticas públicas de saúde mental e sua implantação efetiva” (p.12). Cita a Lei da Reforma Psiquiátrica como um imperativo legal de suas diretrizes, e a Portaria MS nº 336/2002 (BRASIL, 2004) que amplia a missão institucional dos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) e cria instrumentos consistentes para o financiamento para sua implantação e manutenção, como fatos, dentre outros, que promoveram uma multiplicação significativa do número de CAPS e de Residências Terapêuticas (RT), a criação de auxílio-reabilitação, a redução significativa do número de leitos em hospitais psiquiátricos e diminuição da capacidade de suas internações, e a ampliação da atenção em saúde mental incluindo serviços para atendimento às crianças e adolescentes e aos usuários de álcool e outras drogas.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, sob os princípios da desinstitucionalização, traz uma proposta para além de uma mera reorganização do modelo assistencial, que ao longo dos anos, atendendo à noção de processo enquanto movimento, desenhou-se como um amplo processo democrático e social, promovendo uma inquietação em direção da garantia de mudanças e avanços para além do campo da saúde mental (TENÓRIO, 2007).

Como movimento social, segundo Rivera e Souza (2010), a Reforma Psiquiátrica amplia a pauta de discussão e reivindicações, questiona e propõe uma ruptura com a Psiquiatria tradicional, suas práticas de assistências e o saber soberano do médico sobre o sujeito em sofrimento psíquico. Além do debate de temas como cidadania e exclusão social, insere na agenda social outros temas que abrangem, além do setor saúde, diversos setores dos segmentos sociais.

De um movimento que inicialmente surge de denúncias sobre a desassistência do hospital psiquiátrico, de situações de violência e abusos sofridos por seus usuários, e de condições precárias de trabalho, o Movimento da Reforma Psiquiátrica passa a fomentar importantes questionamentos sobre o modelo instituído, as práticas vigentes, apontando como questão importante a se debater a própria instituição psiquiátrica.

Segundo Barros (1994), o manicômio foi revelado pelo movimento de desinstitucionalização como *locus* de uma psiquiatria que é a administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade.

A negação do manicômio deveria levar a sua desconstrução uma vez que não pode haver nada de terapêutico em relações de desigualdade, sem reciprocidade possível entre terapeutas e pacientes, entre estes e sua família. Apenas nos espaços de liberdade, de exercício de cidadania é que devemos orientar as ações em saúde mental. [...] não se trata, portanto, de criar alternativas, mas de desconstruir o manicômio, substituindo-o na prática e desconstruindo, ao mesmo tempo, o contágio cultural em termos de teorias e valores a ele vinculados (BARROS, 1994, p.175-178).

Neste ponto, as ações impetradas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, de forte influência basagliana, implicam em várias dimensões simultâneas e interdependentes. Compreendendo a Reforma Psiquiátrica como um processo social mais amplo, Amarante (2012), define quatro dimensões pelas quais deve ser possível uma ruptura com o modelo tradicional de assistência à saúde mental:

- *Dimensão teórico-conceitual*: refere-se ao campo epistemológico, ao modo de pensar, desconstruir e reconstruir saberes que respaldam as práticas da psiquiatria;
- *Dimensão técnico-assistencial*: está relacionada aos modos de atenção e práticas em saúde mental, tratando sobre a organização dos princípios do cuidado advindos do saber da psiquiatria transformada;
- *Dimensão jurídico-política*: propõe discutir os aspectos da legislação que versa sobre o tema do sofrimento psíquico e a faceta política com avanços para se tratar as questões práticas da cidadania, direitos civis, humanos e sociais. Apontando ainda para a necessidade da redefinição das relações sociais até então estabelecidas com o sujeito em sofrimento psíquico;
- *Dimensão sociocultural*: sendo uma característica do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, tem um investimento no campo social para promover a transformação do imaginário social acerca do sofrimento psíquico, almejando promover outro lugar para o sujeito em sofrimento na sociedade.

Tornou-se necessário a partir dos apontamentos feitos pela Reforma Psiquiátrica a elaboração de uma política pública de Saúde Mental que fosse capaz de desenvolver práticas firmadas no compromisso com o sujeito em sofrimento psíquico, na territorialização e inserção de redes sociais, como um processo de desconstrução de conceitos e de práticas psiquiátricas tradicionais (AMARANTE, 1994).

Segundo Rivera e Souza (2010) é preciso comutar a lógica manicomial, mais que substituir os hospitais psiquiátricos. Os autores afirmam a Reforma Psiquiátrica precisa ser entendida como reforma existencial, produtora de ações que consigam romper com os conceitos e aparatos em torno da “doença mental” e criar outra forma de olhar, escutar e cuidar do sujeito em sofrimento psíquico.

Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o

louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e os costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (YASUI, 2010, p.172).

Faz-se necessário reconhecer os muitos avanços a partir da Reforma Psiquiátrica na direção da construção de uma política nacional de Saúde Mental e constituição de serviços de atenção psicossocial. No entanto, suas ações enquanto movimento social se configuram como agenciadoras de transformações no setor jurídico, político e cultural acerca do imaginário social do sujeito em sofrimento psíquico. Todavia, Rivera e Souza (2010) afirmam que precisamos refletir sobre as limitações e dificuldades dos CAPS e de outros serviços de Saúde Mental, enquanto práticas que pretendem a substituição dos modos de lidar com o sujeito, principalmente na busca de transformações culturais. Para eles, é preciso refletir e construir outras possibilidades para o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico através da criação de redes que promovam novas práticas de atenção, que promovam a ampliação do campo de ação da Saúde Mental, sendo imperativo refletirmos sobre a possibilidade de articulação dos CAPS com a Estratégia de Saúde da Família.

2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ELEMENTOS CONTEMPORÂNEOS DA POLÍTICA PÚBLICA PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

2.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Durante as últimas décadas do século XX temos observado que os serviços de saúde vêm passando por diversas mudanças visando uma reestruturação dos modelos de atenção à saúde. Segundo Starfield (2002), as reformas da atenção à saúde têm sido originadas pelas necessidades decorrentes do alto e crescente custo da atenção em decorrência do envelhecimento da população, das exigências de melhor qualidade de vida e sobrevivência para os acometidos por doenças crônicas, e pelo uso cada vez mais crescente de tecnologias caras no diagnóstico e manejo de doenças.

No contexto mundial, em termos conceituais, as discussões sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) foram intensificadas a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, com o lançamento da meta de “Saúde para Todos no Ano de 2000” pela Organização Mundial de Saúde (OMS). De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), esta Conferência foi um marco importante, visto que a APS pode ser entendida como atenção essencial como primeiro contato para o sistema de saúde orientado por princípios de solidariedade e equidade.

Naquela ocasião, foi aprovado o documento “Declaração de Alma-Ata” afirmando que os governos tinham responsabilidades sobre as condições de saúde de seu povo através de medidas sanitárias e sociais. Reiterava a saúde como direito humano fundamental, como uma das mais importantes metas mundiais, e que não demandava ações apenas do setor saúde, mas de muitos outros setores sociais e econômicos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os cuidados primários da saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis. Colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...] Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem uma função central e 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 (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p.01).

De acordo com Cueto (2015), a declaração trazia uma crítica ao papel negativo da *tecnologia orientada para as doenças*, fazendo referências aos investimentos caros em hospitais sofisticados e equipes caras, em suas maiorias irrelevantes para as necessidades dos pobres. Em lugar da construção de hospitais especializados, havia a proposta de que uma tecnologia *adequada* seria uma alternativa para melhor atender os pobres, priorizando ao mesmo tempo a abertura de postos de saúde em áreas rurais. Segundo o autor, havia uma crítica também ao elitismo, uma desaprovação do excesso de especialização de profissionais, voltando-se para a valorização da colaboração do pessoal não médico, como curandeiros, e a participação da comunidade. E, a saúde foi vinculada ao desenvolvimento social através da declaração, deixando de ser vista como uma intervenção isolada, mas recebeu enfoque intersetorial, como parte de uma melhora das condições de vida de uma população.

Havia por meio de algumas agências internacionais uma forte crítica com relação à Declaração de Alma-Ata, considerando-a muito abrangente e pouco propositiva, algo idealista. Segundo seus opositores, havia em sua proposta um conflito entre a concepção de atenção primária à saúde integral/abrangente e a concepção seletiva de APS – esta como estratégia proposta para o controle de doenças em países em desenvolvimento. Além de apresentar um calendário de ações pouco realista e uma meta vaga (CUETO, 2015; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A partir de 1979, realizou-se a Conferência de Bellagio na Itália, promovida pela Fundação Rockefeller com a participação de diversas agências internacionais, dentre elas o Banco Mundial, a Fundação Ford, a agência canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a estadunidense Agência Internacional para o Desenvolvimento. Nessa Conferência houve a disseminação da noção seletiva da APS, como um modo de intervenção específico para o controle de doenças em países em desenvolvimento, para alcançar grupos populacionais em situação de pobreza. A partir da crítica à concepção de atenção primária integral defendida na Declaração de Alma-Ata surgiu o conceito de Atenção Primária à Saúde Seletiva ou Atenção Primária Seletiva (APSS) (FAUSTO; MATTA, 2007; CUETO, 2015).

O enfoque seletivo desconsidera os determinantes sociais do processo saúde-enfermidade e busca intervir sobre problemas específicos de forma isolada e paralela. Um dos principais problemas desse enfoque é que as ações seletivas, ainda que custo-efetivas, somente são realmente implementadas na presença de estrutura assistencial que suporte o acompanhamento dos grupos de risco regularmente, e para

tal devem estar integradas a um sistema de saúde universal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.499).

De acordo com Fausto e Matta (2007), a perpetuação do cenário de crise econômica mundial dos anos de 1980 gerou mudanças na condução da política dos países desenvolvidos que apoiavam projetos de ajuda ao desenvolvimento de países pobres. A disseminação da APSS, com implantação de projetos de menores custo e prazo a serem financiados, também fora influenciada pelas políticas de ajuste estrutural e as ideias sobre reforma do Estado, visando redução dos gastos públicos.

Assim, durante a década de 1980 prevaleceu a concepção de Atenção Primária à Saúde Seletiva, apoiada por diversas agências como a UNICEF e o Banco Mundial, como uma oferta de serviços básicos restritos, que segundo Fausto e Matta (2007) traziam ações de saúde simples e de baixo custo, voltados à população de maior pobreza, especialmente em áreas rurais onde a população com restrito, ou nenhum, acesso ao sistema de saúde existente. Segundo Cueto (2015), as intervenções da APSS ficaram conhecidas como Gobi, uma sigla em inglês que significa o monitoramento do crescimento, técnicas de reidratação oral, aleitamento materno e imunização. Para Giovanella e Mendonça (2012), na América Latina, a APSS com suas ações organizadas em programas verticais focalizados teve ampla difusão. Contudo, especialmente voltada à proteção materno-infantil, promoveu apenas a fragmentação e segmentação dos sistemas de saúde latino-americanos, não promovendo modificações nas causas sociais das doenças.

Sob o viés econômico a “agenda dos organismos de cooperação internacional” passou a orientar as propostas de instituições como o Banco Mundial, que neste período manteve-se na defesa da oferta das “cestas básicas” de saúde. Nelas, o setor público deveria promover o mínimo de ações essenciais aos que não podiam arcar com os gastos em saúde, enquanto que as ações de maior custo, como as de diagnóstico e terapia, deveriam ser ofertadas pelo setor privado. A partir de 1990, propondo o universalismo, a OMS, de modo semelhante à proposta da APSS do Banco Mundial, apresentou o argumento da sustentabilidade dos governos nacionais, onde os Estados deveriam se responsabilizar pela oferta de um conjunto de ações essenciais de alta qualidade para toda a população, não somente ofertar um conjunto mínimo de ações em saúde para os pobres (FAUSTO; MATTA, 2007).

Após Alma-Ata, o que imperou nos países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva. Contudo, a discussão da saúde se ampliou. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais

amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas de desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, pág.500).

Fausto e Matta (2007) afirmam que, nos últimos anos, o Banco Mundial e OMS têm revisto suas posições quanto às propostas de ações seletivas, principalmente a partir das evidências de que a APSS não resultou na redução da pobreza, nem tampouco na melhoria do acesso da população aos serviços públicos de saúde. Neste ínterim, teria surgido um reavivamento dos princípios da APS propostos pela Conferência de Alma-Ata.

Algumas questões têm propiciado o resgate da proposta de APS em seu sentido compreensivo, apontando para a insuficiência e a baixa efetividade da atenção primária como programa desconectado das demais ações do sistema de saúde. O desenvolvimento tecnológico no campo da saúde, o perfil demográfico da população, o surgimento de novas doenças, o retorno de velhos agravos, entre outras questões econômicas e socioepidemiológicas, que dão contornos ao quadro das condições de saúde de uma população, levam a crer que uma visão restrita de atenção primária não corresponde à realidade atual da atenção à saúde. [...] Finalmente, o conceito ampliado de saúde, baseado na noção de direito de cidadania, amplitude e diversidade de recursos existentes para lidar com os problemas de saúde de nosso tempo, não comportaria ações restritas na APS (FAUSTO; MATTA, 2007, p.52).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), desde o ano 2000, associado a um movimento mais recente de renovação da APS promovida pela OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), com referência ao conceito de promoção de saúde, para o fortalecimento da APS há uma defesa para o estabelecimento de uma atenção universal e mais abrangente, através de uma abordagem horizontal, orientando o cuidado “à qualidade, à ênfase na promoção e prevenção, à intersetorialidade, à prática social e a responsabilização dos governos” (p.499).

O Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca*, deu um novo impulso à revitalização da APS. Comemorando os trinta anos da Declaração de Alma-Ata, o informe aponta a atenção primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não mais um programa ‘pobre para pobre’, integrando um conjunto de reformas para a garantia de cobertura universal e institucionalizando a participação social. Reconhece que a atenção primária integral de qualidade requer mais investimentos e que deve ser priorizada, pois representa o modo mais eficiente de aplicação de recursos em saúde. O informe propõe uma atenção primária centrada na pessoa que responde às necessidades de saúde individuais e coletivas, estabeleça uma relação duradoura, garanta atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade – mulheres e homens, jovens ou velhos – ao longo de todo o ciclo vital, do nascimento até a morte; promova a autonomia e participação das pessoas e enfrente os determinantes da má saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, págs.500-501).

Contudo, a implementação da APS com uma concepção mais abrangente e como estratégia para reorganizar os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde, conforme a

proposta de renovação feita pela OPAS e a OMS, depende da adesão dos governos nacionais e da tradução dos princípios enumerados em práticas concretas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os atributos considerados essenciais aos serviços de atenção primária foram definidos por Starfield (2002) a partir de algumas das características observadas na APS abrangente de países industrializados: a prestação de serviços de primeiro contato do sistema de saúde; a tomada de responsabilidade longitudinal pelo acompanhamento do paciente, promovendo a continuidade da relação equipe-paciente; a garantia do cuidado integral abrangendo ações voltadas para o físico, o psíquico e o social da saúde dentro das possibilidades de atuação da equipe de saúde; a coordenação das várias ações e serviços essenciais para resolução de problemas e necessidades menos frequentes e mais complexas.

Segundo Starfield (2002), e de acordo com a revisão bibliográfica por autores como Giovanella e Mendonça (2012), Souza (2004; 2010) e Mendes (2009), as características da ABS podem ser interpretadas como:

- *Primeiro contato* – definida como ‘porta de entrada’, é a oferta de saúde como primeiro contato do sistema, estando interrelacionada aos outros componentes, como oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde. Apresenta-se como oferta para a abordagem de problemas de saúde, prevenção e promoção, com ações voltadas para intervenções familiar e comunitária. Também implica a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou episódio que o levou a buscar atenção à saúde.
- *Longitudinalidade* – supõe a responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença, como uma fonte regular de atenção e a possibilidade de seu uso ao longo da vida. Para tal, a unidade de APS precisa identificar a sua população eletiva, estabelecendo vínculos com a população, resultando em uma cooperação mútua entre as pessoas e a equipe de saúde.
- *Abrangência ou Integralidade* – inclui a necessidade de fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, integrando os aspectos físicos, psicológicos e sociais que causam a doença. Incluindo ações de encaminhamento para serviços secundários / especializados para o manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais.

- *Coordenação ou Integração* – a atenção à saúde requer alguma forma de continuidade por parte dos profissionais ou através dos prontuários de registros médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas, que seria um elemento processual para avaliar a coordenação da atenção.

Tais atributos originam outros aspectos adicionais, como: centralização na família, intervenção cultural e orientação comunitária.

Na teoria, o elemento estrutural de cada característica deveria estar relacionado de perto ao elemento processual. Ou seja, um acesso melhor deve levar a uma melhor utilização para cada problema novo de saúde; uma melhor identificação de uma fonte regular de atenção deveria estar associada ao uso mais consistente daquela fonte regular de atenção ao longo do tempo e a melhores interações profissional-paciente; uma variedade mais ampla de serviços disponíveis deveria estar associada a uma melhor coordenação de atenção, medida pelo maior reconhecimento de informações a respeito dos pacientes. Na prática, há pouca pesquisa que teste especificamente a teoria (STARFIELD, 2002, p.66-67).

No Brasil, segundo Giovanella e Mendonça (2012), o debate sobre a proposição da APS foi incluído na agenda de reforma setorial em meados da década de 1970, contudo, seus antecedentes remontam à década de 1920, com a implantação de serviços semelhantes aos da atenção primária.

Conceitualmente a APS evoluiu quando foi publicado na Grã-Bretanha o conhecido Relatório Dawson, apresentando uma proposição inicial de organização em diferentes níveis de atenção do sistema de serviços de saúde. Distingua três níveis principais de saúde propondo a existência de vínculos formais entre eles: centros de saúde primários, centros de saúde secundários, e hospitais-escolas. Segundo Starfield (2002), o conceito de regionalização de diversos países foi baseado posteriormente nesta formulação. Desta forma, os serviços de saúde seriam organizados para atender aos diversos níveis de necessidades de saúde da população. Para a autora, diversos países que atualmente contam com níveis de atenção claramente definidos, com um setor de atenção primária identificável e em funcionamento, foram influenciados por esta formulação.

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), o processo de implementação da atenção primária no Brasil percorreu a seguinte trajetória: iniciou-se na década de 1940 com a criação de centros de saúde e unidade do Serviço de Saúde Pública (SESP), fundados com apoio da Fundação Rockefeller, influenciados pela Medicina Preventiva, dentro dos moldes clássicos norte-americanos, seus serviços separavam funções clínicas e de saúde pública, com exceção apenas para certas doenças transmissíveis, como as venéreas e a tuberculose. Na

década de 1960, nas Américas a ideia de serviços abrangentes para a população passou a ser revisitada a partir da expansão da medicina comunitária nos EUA. O modelo SESP, após a extinção do contrato internacional que matinha desde 1942, através dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde, adotou para as unidades de APS um caráter de maior abrangência, passou a articular ações coletivas e preventivas à de tratamento médico. Inicialmente implantadas em áreas estratégicas da produção de matérias-primas, a Amazônia (produção de borracha), o estado de Goiás e o Vale do Rio Doce (extração de minérios), caracterizou-se pela centralização normativa, ressaltando a articulação estrutural ao desenvolvimento regional.

A criação do Ministério da Saúde em 1953 e os debates ocorridos na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, não resultaram em mudanças na dualidade entre os serviços de saúde pública e a assistência médica. O modelo médico-assistencial privatista que propunha a ampliação da cobertura populacional da previdência social prevaleceu até meados da década de 1980 (GIOVANELLA; MENDONDA, 2012). Neste período, a proposta da APS seletiva era a concepção predominante em diversas regiões do país.

Na década de 1970, o modelo de assistência vigente era controlado pelo setor privado, concentrado nas regiões metropolitanas, conformado por um padrão de consumo e de produção de serviços de alto grau de desenvolvimento tecnológico. Contudo, o aprofundamento da crise econômica apontou os percalços da assistência médica previdenciária em garantir recursos financeiros, expondo ainda as mazelas dos sistemas sociais e de saúde à população. Segundo Giovanella e Mendonça (2012), neste período, sob influência do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, difundiu-se um projeto de reforma da estrutura de assistência médica promovido pelos departamentos de medicina preventiva das escolas médicas para a implantação de práticas da medicina comunitária. A partir de novos convênios entre as escolas médicas, o Ministério da Educação e Cultura e o da Previdência Social, foi projetado o atendimento médico em comunidades, realizando assim atividades de APS marcando o início da participação dos municípios no seu desenvolvimento. Havia a urgência de uma reforma setorial no plano nacional!

A participação da universidade foi fundamental no desenvolvimento dessas experiências e de sua difusão no setor saúde. O projeto postulava uma medicina com base na atenção integral, o que não significava subordinar as ações ao campo biológico, mas pensar a dimensão social em que se desencadeava o processo saúde-doença, além de focar os efeitos coletivos da atenção prestada nesse processo e não apenas o resultado (cura) sobre o indivíduo. Sua ação não poderia se limitar ao ato isolado de um agente – o médico-, mas deveria buscar a cooperação entre as

diversas agências e práticas ligadas à vida da comunidade, de modo a minorar sua precária condição social: escola, postos de saúde, centros de treinamento social, serviço social, creches etc. No caso da atenção à saúde, as experiências tenderam a estimular a participação de membros da população nas atividades do programa a partir do treinamento em atividades de saúde, reorganizando-a e transformando-a como estrutura social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.513).

O modelo de assistência médica curativa, centrado no indivíduo, era oneroso e se deteriorou pela condução fraudulenta da gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1976, com a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), a proposição de atenção primária à saúde entrou em pauta na agenda brasileira. Segundo Fausto e Matta (2007), eram previstas no programa as ações de saúde com tecnologias mais simples, com utilização ampla de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes na comunidade, tendo como propósito a criação de uma infraestrutura de saúde pública para expandir a cobertura de ações de alcance coletivo. Inicialmente tinha uma proposta seletiva de implantação em regiões mais pobres do país, em especial o Nordeste, contudo em 1979, pensou-se na ampliação para todo o território nacional.

No início da década de 1980, ainda no período do processo de redemocratização do país, com o aprofundamento da crise da previdência social afetando a base da política de saúde, algumas medidas institucionais de caráter transitório foram adotadas, marcando o início da reforma do sistema (FAUSTO; MATTA, 2007). Foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir do Plano do Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP), com uma maior contemplação das demandas sociais emergentes, com base em convênios entre as três esferas do governo, sendo possível uma expansão da APS através da proposta de organização de serviços básicos nos municípios.

As AIS tomadas como estratégia em 1985, no primeiro governo da Nova República, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, INAMPS, secretarias estaduais e municipais de Saúde) na definição de uma ação unificada em nível local. A organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciária, de forma a prestar atenção integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.514 - 515).

Paralelamente ao processo de implantação das AIS, entre 1984 e 1987, outros programas de AP direcionados a grupos específicos foram criados como parte de uma estratégia para a consolidação da rede de serviços básicos de saúde, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o da Criança (PAISC). Posteriormente, estes programas serviram de modelo para outros programas voltados a grupos de risco como os

idosos, adolescentes, portadores de doenças crônicas – hipertensão, diabetes, etc. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. Tais tentativas de respostas à crise previdenciária posteriormente foram substituídas pela criação do SUS no ano seguinte com a nova Constituição Federal. Para Fausto e Matta (2007), as discussões sobre a APS foram “empalidecidas” na amplitude proposta pelo Movimento Sanitário na VIII CNS (1986), quando temas sobre financiamento, descentralização, universalização e integração das ações no sistema de saúde ganharam grande visibilidade no debate e foram matérias de negociação no momento da Constituinte.

A atenção primária era um dos aspectos tratados como parte das discussões sobre a integralidade das ações na estrutura do sistema de saúde e não mais como a estratégia para ampliação da cobertura do sistema público de saúde. Esta discussão estava permeada pela noção de que um sistema de saúde inclusivo e baseado nas necessidades de saúde extrapolam os limites de uma proposta de extensão de cobertura. Isso pressupunha que a organização da atenção à saúde deveria ser integral tanto do ponto de vista das ações quanto no sentido da articulação da rede de serviços de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007, p.57).

Enquanto que em outros países latino-americanos, motivados por agências internacionais, adotavam-se políticas de saúde com base em programas de APSS, sem vinculação com ações realizadas em outros níveis de atenção, no Brasil, questionava-se a adoção de uma política de caráter simplificador da “medicina pobre para os pobres”, mantendo em sua essência a racionalidade econômica das ações promovidas pelo Estado. Nesta perspectiva, o país adotou legalmente políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo nunca admitidas anteriormente (FAUSTO; MATTA, 2007).

Segundo Escorel *et al.* (2007), após décadas de privilégios à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, a implantação do SUS representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde brasileiros. O processo de implantação do SUS teria caminhado *pari passu* à adoção de providências governamentais direcionadas para a consolidação da atenção básica de saúde.

Assim, a Atenção Básica à Saúde está fundamentada nos seguintes princípios do SUS, conforme expresso na Constituição Federal de 1988:

[...] saúde como direito (a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício); integralidade da assistência (como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, tanto individuais quanto coletivos, em todos os níveis de complexidade); universalidade (acesso garantido para toda a população em todos os níveis de assistência); equidade (igualdade na assistência à saúde, respeitando particularidades individuais,

desenvolvendo ações de acordo com situações de risco e condições de vida e saúde); resolutividade (eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde); intersetorialidade (desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e os outros órgãos públicos, objetivando articular políticas e programas de interesse para a saúde); humanização do atendimento (responsabilização entre serviços e a comunidade, estabelecimento de vínculo) e participação social (buscando a democratização do conhecimento do processo saúde / doença e dos serviços, estimulando a participação comunitária na gestão do sistema) (SOUZA, 2004, p.81).

Nos anos de 1990, com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, I e II, ocorreram avanços no processo de municipalização, de modificação das regras de financiamento das ações e serviços de saúde, com regras específicas para transferência de recursos, a partir da criação do Fundo Nacional de Saúde, composto por recursos fiscais, e o Conselho Nacional de Saúde, fomentando a proposta de mudança do modelo assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; SOUZA, 2004).

Embora diversas iniciativas de estados e municípios pudessem ser observadas no intuito da implantação da APS, não havia um modelo nacional instituído. Para a autora Lavras (2011), foi somente a partir da municipalização do SUS, e sob a responsabilidade dos municípios brasileiros com incentivos do Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento, que pode ocorrer uma “estruturação mais uniforme da APS”.

Conforme afirmam Giovanella e Mendonça (2012), o uso do termo “Atenção Básica” para caracterizar a atenção primária no SUS distanciou-se dos programas de APS seletivos e focalizados propagados pelas agências internacionais. O termo ‘básico’ teria o sentido de essencial, primordial, fundamental, bem distinto de primário. Neste sentido, o Ministério da Saúde adotou mecanismos indutores do processo de descentralização da gestão do SUS, transferindo a responsabilidade da atenção para o governo municipal, visando à organização e expansão da Atenção Básica em Saúde como primeiro nível de atenção a população.

A Atenção Básica em Saúde

refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas. [...] Constitui a porta de entrada e ao nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.493).

De acordo com Souza (2004),

A Atenção Básica é um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território e com qualidade de estar apta a dar resolutividade às questões que são apresentadas. É, então, o ponto estratégico para a transformação e adoção de outras práticas no campo da saúde, sendo sua organização primordial para se avançar na direção de um sistema de saúde que objetiva a qualidade de vida das pessoas. Portanto, deve poder realizar práticas que acolham, vinculem e que, na medida do possível, possam resolver os problemas em

seu âmbito de ação, propiciando a constituição de novos formatos de produção das ações de saúde (SOUZA, 2004, p.81-82).

A ABS tem atributos que caracterizam um modelo voltado para dar prioridades a uma atenção que precisa estar efetivamente direcionada para a população, sua necessidade e o território que ele habita; além de ter que possuir uma competência cultural que a torne capaz de se comunicar e identificar as diversas e diferentes necessidades dos grupos que atende.

Na década de 1990, o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e a formulação do Programa de Saúde da Família (PSF) foram as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde, em termos históricos, voltadas à mudança na organização da atenção à saúde com ênfase na ABS (FAUSTO; MATTA, 2007). Havia um interesse do Ministério da Saúde pelo fortalecimento de ações de caráter preventivo através do investimento em programas de ações básicas como parte da estratégia de organização do próprio modelo de atenção básica, priorizando sua implantação em áreas de maior vulnerabilidade social. Inicialmente guardava características restritas de APS, voltado para populações muito pobres em municípios de pequeno porte, tinha condições somente de absorver a demanda reprimida de atenção primária, possuindo pouca capacidade de garantir a continuidade da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo Fausto e Matta (2007), a análise da trajetória do Programa de Saúde da Família (PSF) indica que em um primeiro momento, na fase de formulação e implantação, o programa ocupava uma posição marginal no contexto global da política de saúde, tendo um perfil segmentado, deslocado das áreas programáticas – saúde da criança, da mulher, mental, hipertensão arterial, tuberculose, entre outras -, consideradas ações prioritárias, foi mantido fora da estrutura do Ministério da Saúde. No segundo, como proposta organizativa da ABS, o PSF passou a ser considerado estratégico na reorientação do modelo de assistência à saúde no SUS.

O estímulo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida no PSF respaldava a participação popular e cooperava para a expressão das necessidades de saúde da população, construindo um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.519).

Contudo, foi através da Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96) que a Saúde da Família foi explicitada como estratégia, permitindo que a Atenção Básica à Saúde assumisse a caracterização de primeiro nível de atenção voltada à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação, a partir de novas tecnologias e de

mudanças nos métodos de programar e planejar essas ações (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em um contexto de globalização da economia e de estratégias de uniformização do campo da saúde denominadas de Políticas de Saúde Globais, que visam impor uma transterritorialidade aos sistemas e políticas de saúde nacionais, a formulação da APS, desenvolvida por recomendações e diretrizes que não dialogam com as especificidades dos sistemas nacionais dos países onde é implementada, é um de seus principais exemplo. Contudo, a ABS é a noção que melhor representa a historicidade e a concepção do sistema de saúde brasileiro, pautado nos ideais da Reforma Sanitária e nos princípios e diretrizes do SUS, resguardando as especificidades políticas, sociais e culturais do Estado e sua população (FAUSTO; MATTA, 2007).

À Estratégia da Saúde da Família (ESF), na publicação do Manual para Organização da Atenção Básica em 1998, foi dado destaque e relevância como um instrumento para a operacionalização da ABS no sistema de atenção à saúde adequada às condições locais e municipais, atribuindo ao modelo de atenção básica do SUS um caráter mais abrangente, que deveria se articular aos demais níveis e reorientar a reestruturação do sistema (BRASIL, 1998).

2.1.1 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A Implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, que no ano seguinte passou a ser denominado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), remonta a atuação de pessoal de nível auxiliar, não qualificados, recrutados nas comunidades beneficiadas pelo PIASS a partir de 1976, quando houve uma ampliação do número de unidades básicas em comunidades de até 20.000 habitantes. Segundo Corbo, Morosini e Pontes (2007), outras instituições do Estado também estimularam o desenvolvimento de projetos que contribuíram para a difusão desta prática no Brasil, como a Pastoral da Criança, o Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, dentre outros. Para a formulação dos PACS pelo Ministério da Saúde, foram imprescindíveis as experiências que ocorreram em Montes Claros/MG, Vale do Ribeira/SP, nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará.

O PACS, inicialmente implantado nas regiões Norte e Nordeste do país, atendeu às demandas específicas de combate e controle da epidemia do cólera e outras formas de diarreias com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação, assumindo um papel importante no controle e prevenção de doenças. Corbo, Morosini e Pontes (2007) relatam que a primeira experiência em ampla escala de utilização do trabalho dos ACS ocorreu no período de 1987 a 1990 no Ceará. Num período de importantes discussões sobre os aspectos operacionais do programa, vislumbrou-se a possibilidade de, em curto prazo, envolver diversos moradores locais em atividades remuneradas de ações voltadas para a promoção de saúde.

Os resultados dessa experiência e as recomendações de relatórios produzidos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), juntamente com as experiências de médicos da família em Niterói, São Paulo e Rio Grande do Sul, amplamente discutidas, contribuíram de modo essencial para a implantação do PACS. Os Agentes Comunitários de Saúde, com funções legitimadas pelo Ministério da Saúde, sob a supervisão de enfermeiros, davam suporte de caráter emergencial à assistência básica onde não havia condições de interiorização da assistência médica. Capacitados gradualmente para outras atribuições, ao longo dos anos ocorreu uma redefinição do perfil dos ACS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os ACS são considerados trabalhadores estratégicos para a principal política de ABS do país, a ESF. Contudo, constituem uma categoria relativamente nova, sendo reconhecida pela Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. Inicialmente, em sua primeira formulação, o programa exigia que o ACS fosse morador da comunidade onde deveria atuar, possuir no mínimo a idade de 18 anos, saber ler e escrever e ter disponibilidade para atuar em tempo integral. Durante muitos anos, sua formação profissional restringiu-se à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro-supervisor. A partir da criação da profissão de ACS, com a publicação da referida Lei de 2002, dois critérios foram modificados em relação à formação desse trabalhador: um quanto à escolaridade, exigindo haver concluído o ensino fundamental; e outro quanto à formação profissional: ter concluído com aproveitamento o curso introdutório de qualificação básica, com conteúdos definidos pelo MS (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007; MOROSINI, 2010).

Morosini (2010), ao realizar um estudo sobre o processo de discussão da formulação da política de formação dos ACS encontrou oito apresentações das competências profissionais

desses profissionais elaboradas em uma versão no ano de 1999, entre março de 2003 e julho de 2004.

A versão final das competências profissionais dos ACS, que foi publicada no documento “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde” [...], encerrou um ciclo de discussões, mas não silenciou as polêmicas suscitadas pela proposição da formação em nível técnico dos ACS, cujas diretrizes tornaram-se públicas em julho de 2004. [...] Os enunciados das competências profissionais dos ACS têm, em comum, a caracterização de um trabalhador que atua em frentes estratégicas para a realização dos princípios da saúde da família, com um campo de atuação bastante amplo, localizado nas práticas de vigilância, prevenção e promoção da saúde – visando tanto aos indivíduos quanto às famílias, aos grupos e às coletividades. A essas práticas são agregadas também atividades de monitoramento de condições de saúde, de produção de informações e de interação social, configurando um escopo de trabalho composto por práticas educativas, de informação e comunicação, de planejamento e avaliação e de mobilização social (MOROSINI, 2010, p.119-121).

O documento “*Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*”, publicado conjuntamente pelo Ministério da Educação e o Ministério da Saúde em 2004, materializava o formato da política de formação dos ACS, apresentando três etapas formativas, com requisitos diferentes e progressivos, configurando um itinerário proposto para sua realização. Contudo, segundo Morosini (2010), a implantação desta política foi limitada a primeira etapa formativa, atendendo às exigências da legislação que regulamenta a profissão (Lei nº 11.350/06) e aos interesses dos gestores, embora representasse uma vitória, não trouxe uma efetiva realização. Assim, o não cumprimento das etapas propostas, resultante da oposição principalmente dos gestores municipais do SUS, significou que a formação técnica do ACS não fosse efetivado, mantendo sua qualificação nos níveis da formação inicial.

No ano de 2015, através da publicação da Portaria MS nº 243 (BRASIL, 2015a), o Curso Introdutório de formação inicial dos ACS passou a ter apenas a exigência de carga horária mínima de 40 horas, sendo constituído de conteúdos curriculares básicos que podem ser agregados a conhecimentos peculiares de especificidades locais, tornando as proposições à formação dos ACS mais deficitárias, sem a possibilidade de ampliar efetivamente a qualidade da preparação desses profissionais para atuar junto as eSF.

Sabemos que há muito para se construir na discussão sobre a formação e atuação dos ACS visto que é preciso se considerar a amplitude e a complexidade do papel que desempenham junto a ESF, sendo um ponto muito importante junto às famílias e comunidades que são atendidas por esta estratégia. Ele é considerado um elemento-chave do sistema, como afirma Garcia *et al.* (2017), sendo quem presencia e vivencia no cotidiano dos

lares os problemas específicos de saúde e do social. Embora considerado como um profissional *sui generis*, seu trabalho é de grande relevância em saúde enquanto direito social, apontando para interfaces de ações do social e da saúde, pela possibilidade de mediação transformadora da comunidade, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (BORSTEIN, 2009).

Segundo Feuerwerker (2014), a atuação do Agente Comunitário de Saúde enquanto trabalhador e usuário torna-o um ator importante na construção de novas práticas em saúde. Como o profissional que atua mais próximo da comunidade, ele tem a possibilidade de identificar problemas de diversas ordens e abordar primeiramente o usuário e sua família. É neste contexto que sua atuação o torna capaz de pensar e realizar novas ações e dinâmicas no cuidado. No encontro com a comunidade e o serviço de saúde, o ACS pode ressignificar processos aprisionados em protocolos clínicos, e se tornar capaz de gerar uma inquietação dos demais profissionais sobre o caso, demandando uma escuta mais cuidadosa.

No trabalho no território permitiria, além da identificação, mapeamento do espaço, e da adscrição populacional, transformar e problematizar a realidade aparente do cotidiano das condições de vida das pessoas, compreender as relações e a dinâmica dos sujeitos na complexidade (FURLAN, 2008, p.50).

Barros, Chagas e Dias (2009, p.232), quanto a potência do trabalho do ACS de criar novas possibilidades de relações em saúde, capaz de propor novas redes e novas formas de cuidado, afirmam:

As atividades de fala e escuta são apontadas como fundamentais para as ações desenvolvidas pelos ACS, de onde podemos inferir uma perspectiva dialógica no trabalho desenvolvido por essas pessoas. Esse é um importante ponto a ser destacado, considerando que, historicamente, o profissional de saúde tem sua prática pautada no discurso unidirecional, minimizando a importância da atividade de escuta. A prática do ACS, por sua vez, em função da proximidade desse ator com a comunidade e com sua realidade, parece não está imbricada dessa unidirecionalidade.

A avaliação positiva do PACS nos municípios que adotaram o programa criou condições para estruturação e implementação do PSF, em 1994. Mais tarde, incorporado ao PSF, a expansão do PACS ficou vinculada a ele quando o ACS se tornou integrante de uma equipe que obrigatoriamente deve ser constituída também por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Juntos, PACS e PSF compreendem a ESF⁷, justificada pela necessidade da

⁷O Programa tem cerca de 40.510 equipes atuando em 5.481 municípios, o que abrange aproximadamente 124.688.199 de pessoas, totalizando 60,98% da população brasileira. Existem cerca de 259.374 ACS, com cobertura populacional de 61,77% , totalizando 126.301.457 pessoas, em 5.406 municípios atendidos. - Fonte: DAB/SAS/MS, referência jun./2016, disponível em: <http://sage.saude.gov.br>.

formação de equipes mínimas de saúde nos municípios em consonância com a prioridade de interiorização do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Segundo a PNAB (BRASIL, 2012), a concepção de atenção primária da Estratégia de Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional, composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Na equipe, cada profissional tem suas próprias atribuições e responsabilidades. As equipes da ESF também podem ser compostas por profissionais voltados para a saúde bucal.

É recomendado que cada equipe fique responsável por seiscentas famílias residentes em área geográfica delimitada, em média a recomendação é de três mil pessoas, no máximo quatro mil, contudo, é preciso considerar o grau de vulnerabilidade das famílias do território de cobertura, podendo a eSF ficar responsável por número menor de pessoas quando o grau de vulnerabilidade for maior. As equipes não devem atuar isoladamente, portanto é indicado que estabeleçam parcerias com os diversos segmentos da sociedade, a fim de desenvolver ações de educação e de promoção de saúde. Têm a direção de ampliar a participação da comunidade e sociedade civil organizada no planejamento, execução e avaliação do programa.

Quanto ao ACS, é necessário haver profissionais em número suficiente para cobertura de 100% da população cadastrada, sendo ele responsável por até 750 pessoas de sua microárea. Seu trabalho deve ser supervisionado por um profissional de enfermagem, sendo o número mínimo de 04 e máximo de 12 ACS para constituir uma equipe (BRASIL, 2012).

Para Souza (2004), não é possível desde então falar de Atenção Básica de Saúde sem dar a devida dimensão que a ESF passou a assumir, mesmo ocorrendo em diferentes conformações de acordo com as peculiaridades das regiões e dos municípios onde está implantada. E, segundo Lavras (2011), apesar de podermos observar o impacto de sua utilização em âmbito nacional de modo muito variável, a importância dos pressupostos que fundamentam a ESF é indiscutível.

A ESF como uma estratégia de reforma do sistema de saúde, de acordo com Souza (2004), pode ser entendida como um espaço de práticas de um novo conceber o sistema de

saúde, visando alcançar a equidade e a integralidade em suas ações. Representa “a transformação de um discurso ideológico em uma ação política”, retirando a ênfase nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes.

Como uma reorientação do modelo médico-assistencial e revisão da conduta da atenção primária, a ESF visa nova prática assistencial criando novos encadeamentos entre os serviços de saúde e a população, intervindo no contexto onde o indivíduo está inserido, valorizando ações de promoção e proteção integral da saúde ao longo da vida, promovendo modificações graduais das práticas sociais em saúde. Passa a dar uma atenção centrada na família, entendida a partir do seu ambiente físico e social, permitindo as Equipes de Saúde da Família um entendimento ampliado do processo saúde, enfatizando a integralidade das ações de saúde. E busca uma singularidade na relação profissional-paciente, baseada na criação de compromisso de co-responsabilidade entre ambos.

A ESF encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Estratégia da Família (ESF), multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; estabelecer o cadastramento das famílias para acompanhamento na Unidade de Saúde da Família, entendida como porta de entrada no sistema local e o primeiro nível de atenção na rede de serviços; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; e instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atuação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade. Outra importante mudança no modelo assistencial é a incorporação da mediação da ação intersetorial. [...] A atuação intersetorial é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível de atenção e contemple não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, incidindo sobre problemas coletivos, promovendo a saúde e atuando nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.520-521).

Todavia a implantação da ESF, segundo Escorel *et al.* (2007), ocorreu de modo mais acelerado nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada. Nos grandes centros urbanos sua implantação foi de modo mais lento devido às questões de maior complexidade relacionadas “à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída” (pag.165). A ampliação da ESF e fortalecimento da Atenção Básica nos grandes centros urbanos teria se dado a partir do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em 2003, através de uma estratégia negociada pelo Ministério da Saúde com financiamento internacional.

Em 2006, a Portaria MS/GM nº 648 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, ampliou o escopo e a concepção da atenção primária, reconhecendo a ESF como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas da saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006b, p.10).

Com o desenho que a ESF tem assumido, incorporando princípios e atributos de uma atenção primária à saúde abrangente, podemos considerar que ocorreu a incorporação dos aspectos adicionais aos seus atributos, conforme apontados por Starfield (2002):

- *Centralidade na família*: considera a família enquanto espaço singular, buscando o conhecimento do contexto e dinâmica familiar para melhor responder às necessidades de cada membro.
- *Competência cultural*: os profissionais precisam desenvolver a capacidade de reconhecer as necessidades específicas dos grupos populacionais com os quais atuam, tais como características culturais, diferenças étnicas, raciais; visando a compreensão de suas representações dos processos saúde-enfermidade.
- *Orientação comunitária*: refere-se ao reconhecimento das necessidades de saúde e outras necessidades em razão do contexto social e econômico das famílias adscritas, identificação dos recursos comunitários disponíveis, e a permissão para que a comunidade participe nas decisões sobre sua saúde.

Apesar da PNAB priorizar a ESF e o PACS como estratégia para sua expansão e consolidação, outras modelagens para o atendimento diferenciado às diversas populações no

Brasil têm sido reconhecidas, ampliando a sua descentralização, capilaridade e proximidade à vida das pessoas. Novos elementos têm sido introduzidos na Rede de Atenção como a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) direcionadas às ações junto à população de rua; ampliação do número de municípios que podem ser contemplados com os Núcleos de Apoio à Saúde (NASF); a criação de ESF para as populações ribeirinhas e a implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais. Ações para ampliação das práticas intersetoriais e de promoção de saúde também têm ocorrido através da articulação com o Programa Melhor em Casa, com o Programa Saúde na Escola (PSE), com os polos da Academia da Saúde e com o Telessaúde (BRASIL, 2012).

2.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: OS CAPS COMO REFERÊNCIAS PARA MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Afirmamos no capítulo anterior que a Reforma Psiquiátrica encontrou no SUS, com a implantação de políticas públicas pautadas na ampliação do direito universal à saúde, as condições institucionais para o seu desenvolvimento. Como um direito do cidadão, tornou-se premente a consolidação de uma rede de atenção integral ao sofrimento psíquico.

Ancorada no Movimento da Reforma Psiquiátrica, em busca de garantia de direitos, de acesso, de ampliação de cobertura, do cuidado integral ao sujeito em sofrimento psíquico, em suas complexas necessidades, a reorientação das práticas de atenção em saúde mental devem se pautar na concepção de saúde como processo e não somente a ausência de doença, na perspectiva de produção de novas formas de cuidado e de novas possibilidades de vida para o sujeito em sofrimento psíquico (SOUZA, 2015).

A concretização da desinstitucionalização deveria ser a desconstrução do manicômio como proposto por Basaglia, deveria, portanto, se tornar uma crítica contundente aos princípios que fundamentam a psiquiatria - uma crítica aos saberes das instituições em geral que justificariam a radical assimetria entre o poder do médico e do paciente.

As experiências iniciais da Reforma Psiquiátrica Brasileira não promoveram uma ruptura com o modelo da assistência psiquiátrica centrada na internação, em práticas excludentes e segregadoras, com ênfase na doença. Para a formulação dos novos modos e espaços de atenção psicossocial tornava-se fundamental a adoção do pressuposto de ocupar-se

de tudo aquilo que se construiu em torno da doença, para dismantelar o saber psiquiátrico produzido sobre ela, e promover mudanças radicais em todo sistema de saúde, não visando mais a cura, mas sim a invenção da saúde e reprodução social dos sujeitos, responsabilizando-se de fato pela saúde integral das pessoas (AMARANTE, 1996).

Segundo Souza (2004), a Reforma Psiquiátrica no país não pode ser reduzida ao “campo técnico-assistencial”, visto que o movimento apontou, no fim da década de 1980, para a construção de novas formas de atenção em saúde mental que exigem a invenção, a concretização e ampliação das práticas para possibilitar a superação efetiva do asilamento psiquiátrico e novas formas de lidar com a experiência do sofrimento psíquico, tornando possível sua inclusão social a partir da criação de novos dispositivos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira afirmou-se como movimento social, promovendo a articulação dos usuários e familiares, consolidando-se por meio da participação de diferentes atores sociais, inventando novas instituições e novas formas de produzir o cuidado em saúde mental:

As ações deslocam seu foco da doença para a promoção da saúde e da qualidade de vida, para a criação de novas estratégias de cuidados que incluem a subjetividade e as necessidades coletivas, para a articulação de uma rede intersetorial, visando à inclusão social e uma crescente autonomia dos usuários. [...] Essa mudança, essa ruptura nasce na invenção de novos saberes e fazeres que constroem um novo modo de cuidar do sofrimento psíquico. Sua concretização se dá em novos serviços constituídos por coletivos de profissionais que se responsabilizam pelo acesso e pela demanda de saúde mental de seu território, acolhendo e produzindo ações diversificadas de cuidado de saúde e de inclusão, tecendo uma ampla rede social (YASUI, 2007, p.157).

Segundo Pitta (2011), é possível afirmar que muitas das bandeiras de luta da Reforma Psiquiátrica se tornaram realidade no Brasil nas últimas décadas, e que a partir dos serviços criados – os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De Volta para Casa”, houve uma expansão significativa das possibilidades de desinstitucionalização responsável de pessoas que viveram longos anos de internações psiquiátricas, com uma redução expressiva de leitos e de hospitais psiquiátricos. Paralelamente, ocorreu a solidificação do modelo de atenção em saúde mental baseado na comunidade e não mais no hospital psiquiátrico como escolha da política pública de saúde.

Com a aprovação da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2004), pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, foi possível a consolidação dos novos modelos de atenção em saúde mental, com garantias à assistência integral e de qualidade aos seus usuários. Contudo, a aprovação da chamada Lei da Reforma Psiquiátrica, foi precedida por eventos e legislações

importantes para o avanço na construção de serviços extra-hospitalares a partir de uma nova lógica de cuidado e inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico.

Importantes transformações nas propostas do movimento pela Reforma Psiquiátrica definiram a direção da luta pela afirmação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, através da reorientação do modelo de assistência e o estabelecimento do modelo da atenção psicossocial como norteador dos cuidados em saúde mental buscando a promoção de ações de saúde que possam responder as suas diversas necessidades de tratamento e de suporte de vida (TENÓRIO, 2007, p.13).

Para Rivera e Souza (2010), os novos serviços de saúde mental, denominados substitutivos do modelo hospitalar, configuravam-se espaços sociais de produção de sujeitos sociais, de produção de subjetividade, de espaços de convivência, de sociabilidade e de inclusão. Num contexto de práticas médicas tradicionais, foi iniciada a produção de novos procedimentos da assistência em atenção psicossocial, através dos serviços substitutivos – CAPS / Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), hospitais-dias, oficinas terapêuticas entre outros.

Dentre as novas e diversificadas experiências que surgiam no cenário da política de saúde mental, destacam-se os CAPS como um serviço de atenção diária, de base territorial, atuando na perspectiva da desinstitucionalização, e que têm o sujeito e seus familiares como foco de sua atenção, promovendo uma inversão que diz respeito às particularidades deste sujeito, dos modos de constituir sua relação consigo e com o mundo, ocupando-se do sofrimento psíquico de outra forma (AMARANTE, 1994; DELGADO; LEAL, 2007).

De acordo com a afirmação de Onocko Campos (2002), o CAPS é considerado um serviço estratégico para a organização da rede de atenção em Saúde Mental em um determinado território e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Para Souza (2015), o CAPS como serviço extra-hospitalar apresenta funções que ultrapassam os campos da medicalização, da assistência e do atendimento à doença, possibilitando a reorientação do modelo de atenção em saúde mental.

O primeiro CAPS, criado em 1987 na cidade de São Paulo e denominado Luiz da Rocha Cerqueira, visando constituir-se fora da lógica manicomial, trazia uma proposta de atenção intensiva a pacientes, impetrando ações de inserção comunitária, apontando para a possibilidade do tratamento de pacientes graves fora do ambiente hospitalar. Todavia, Souza

(2015) afirma que sua capacidade de intervenção era limitada, ainda com a pretensão em ser intermediário entre a unidade hospitalar e a comunidade, não visava promover intervenção na cultura, no território.

No ano de 1989, de acordo com Amarante (2012), a partir da diretriz de descentralização preconizada pelo SUS, cabendo ao poder público municipal à responsabilidade pelas instituições e políticas de saúde no âmbito do município, e após diversas denúncias das condições desumanas a que pacientes eram submetidos, ocorreu a primeira intervenção em um hospital psiquiátrico conveniado do SUS, a Clínica Anchieta, realizada pela Prefeitura de Santos (SP). Segundo o autor, a partir desta intervenção, coube ao poder público de Santos tomar duas decisões que se tornaram uma “verdadeira revolução do tratamento da loucura no país” (AMARANTE, 2012, p.642). A primeira foi à decisão de não reformar o hospital psiquiátrico, não promovendo ações para uma reforma administrativa, desconsiderando assim a possibilidade de uma readequação da instituição psiquiátrica a parâmetros considerados terapêuticos ou aceitáveis. A segunda, baseada nas experiências de Franco Basaglia e de Franco Rotelli, na cidade de Trieste na Itália, a atuação tomou o sentido da desconstrução do manicômio, um processo para além dos muros do hospital, mas voltado às suas referências conceituais e ideológicas produzidas por um saber psiquiátrico em torno do conceito de sofrimento psíquico.

Para substituir os atendimentos prestados pela Clínica Anchieta, um trabalho de desmonte das estruturas manicomiais e de fechamento progressivo foi iniciado, sendo implantados os chamados Núcleos de Atenção Psicossocial no município. Com funcionamento em 24 horas, durante os sete dias da semana, os serviços foram distribuídos por critérios de regionalização por toda a cidade. Havia nesta iniciativa uma enorme potência de cuidado e atendimento para os usuários da Saúde Mental (ALVES; SCHECTMAN, 2014).

A partir do forte impacto e repercussão da experiência santista, como uma estratégia de defrontação ao modelo assistencial tradicional, interferindo em várias e diversificadas experiências singulares e bem sucedidas em outros municípios e estados, os CAPS/NAPS foram adotados pelo Ministério da Saúde como estratégicos para mudanças no campo, e definidos inicialmente através da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, como “unidades de saúde locais / regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime

ambulatorial e a internação hospitalar [...] (BRASIL, 2004a, p.244)”. Contudo, não havendo uma distinção entre os CAPS e os NAPS.

Segundo Souza (2004), esta Portaria trouxe regulamentações semelhantes às experiências pioneiras em curso no país, no entanto, ao tentar transpor para o âmbito jurídico tais estratégias de transformação da atenção em Saúde Mental, muito de sua complexidade não foi refletida, ficando estabelecido um conjunto de possibilidades para serem utilizadas, contudo não como *modus operandi*, englobando seus conceitos e práticas.

A Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, como um importante instrumento normativo da Reforma Psiquiátrica, acrescentou novos parâmetros aos já definidos pela Portaria nº 224/92, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, definindo tipificação diferenciada através de critérios populacionais, criando serviços específicos para os usuários de álcool e outras drogas, e para crianças e adolescentes. Além de estabelecer mecanismos de financiamento próprio para a rede de CAPS. Ocorreu a extinção da denominação NAPS, definindo então os CAPS como um “serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território” (BRASIL, 2004, p.125).

O CAPS estabelecido como articulador central das ações saúde mental do município ou do modelo assistencial, deve se constituir nas seguintes modalidades de acordo com seu porte / complexidade e população de abrangência: **CAPS I** - instalados em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento diário por cinco dias da semana; **CAPS II** – atende a municípios com 70.000 a 200.000 habitantes; **CAPS_i** – é referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, para os atendimentos de crianças e adolescentes; **CAPS AD II** – apresenta capacidade operacional para municípios com população superior a 70.000 habitantes, sendo o serviço de atendimento específico para os usuários com necessidades decorrentes do uso e abuso de substância psicoativa; **CAPS III** – tem a capacidade operacional para o atendimento de municípios com população acima de 200.000 habitantes, prestando assistência durante 24horas/dia (BRASIL, 2004).

A complexidade e o funcionamento dos CAPS, segundo Schneider *et al.* (2009), teriam sido reconhecidos e ampliados por essa Portaria, assumindo como objetivo oferecer atendimento às pessoas em sofrimento psíquico severos e persistentes, justificando assim um cuidado intensivo e personalizado, com oferta de cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, a fim de evitar novas internações. As ações dos CAPS também visariam

favorecer o exercício da cidadania pelos seus usuários, bem como a sua inclusão social, o fortalecimento do vínculo familiar e comunitário, considerando o seu território de vida.

De um modo não linear e simétrico, e com muitas resistências, essa rede (de atenção psicossocial) vem sendo construída no território nacional. [...] A Reforma Psiquiátrica tentaria dar ao *problema* uma resposta não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas. O sucesso da reforma reside na percepção da necessidade de construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência das pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonadas, ou, a vegetar em manicômios em longas internações (PITTA, 2011, p.4587- 4588, grifo nosso).

Após a aprovação da Lei 10.216/01, é fato inquestionável o aumento da acessibilidade ao cuidado em saúde mental na última década em todo território nacional. Foi possível observar o crescimento exponencial dos serviços substitutivos ao aparato manicomial, resultando numa transformação importante no papel dos CAPS na rede de Saúde Mental e na cartografia da atenção psicossocial no Brasil (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015). A tabela 1 apresenta a série histórica do número de CAPS no país até o mês de dezembro de 2014, a partir do documento Saúde Mental em Dados nº 12 (BRASIL, 2015b):

Tabela 1 – Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014).

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Sistematização dos Estabelecimentos habilitados por meio de Portaria específica.

Delgado (1999), ao tratar do atendimento psicossocial na cidade, afirma que, adotando uma licença poética, define os CAPS como serviços que tomam o universo pleno do seu território⁸ como clientela potencial, integrando uma rede de atendimento psicossocial cuja

⁸ No debate da Reforma Sanitária e no campo da chamada Psiquiatria Democrática, segundo Delgado (1999), o termo *território*, que designa o extra-institucional, marcado por limites geográficos, culturais e socioeconômicos, teria sua utilidade na substituição do termo *comunidade*. O território não é apenas o bairro de domicílio do usuário, mas engloba os conjuntos de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu

existência se justifica pelo desejo e empenho de substituir, com vantagens éticas e clínicas, o circuito emergência-internação-ambulatorio. A sua demanda estaria no território, sua responsabilidade. O autor afirma que “uma rede de atenção psicossocial faz parte deste esforço de construção de uma cidade capaz de abrigar em harmonia os inúmeros territórios subjetivos” (DELGADO, 1999, p.117).

Os CAPS se caracterizam com as missões de:

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário no território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações territoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção à pessoa com transtornos mentais nos municípios, articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004b, p.13).

De acordo com Leal (1999), por vezes, esquecemos que os princípios eleitos como *guia* para a construção de nossa prática cotidiana dos CAPS têm caráter prescritivo e que toda prescrição indica uma escolha ética. Produzimos frequentemente um discurso linear de nossos cotidianos, muitas das vezes sobre o cuidado desenvolvido nestes serviços exprimindo certa sensação de tranquilidade e calma que não corresponde às vivências experimentadas. Nos CAPS experimentamos frequentemente muita inquietação, tensão, discordância sobre o que fazer e como devemos *fazer* o dia-a-dia.

O fato de elegermos certo conjunto de princípios, considerando eticamente desejáveis nortear o nosso olhar e a nossa prática cotidiana, não nos garante sobre o rumo daquilo que é produzido. Para conhecermos o que efetivamente desenvolvemos, devemos manter acesa nossa curiosidade e a vontade de nos indagar sobre o percurso trilhado (LEAL, 1999, p.49).

Considerando os textos que tratam do tema, e tomando a afirmação de Yasui (2007), afirmamos:

O CAPS é meio, caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido numa ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, mais jamais será a trama. Tecer esta rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho (YASUI, 2007, p.159).

Embora possamos considerar os diversos avanços nas políticas públicas de Saúde Mental e na constituição de serviços da Atenção Psicossocial, de acordo com Souza (2004),

cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. O território seria um recorte da polis, é uma ficção, assim como a cidade também.

precisamos considerar a necessidade de continuarmos a promover uma reflexão acerca do desempenho dos CAPS e de outros serviços de Saúde Mental enquanto práticas substitutivas ao modo de lidar do hospital psiquiátrico com o sujeito em sofrimento psíquico. Para a autora, a ampliação do campo de ação da Saúde Mental, e uma superação radical com o modelo hegemônico de tratamento, seria possível através da articulação dos CAPS com a Estratégia de Saúde da Família. As propostas atuais da Reforma Psiquiátrica precisam investir em novas formas de cuidado através da ampliação de redes que promovam novos serviços e práticas de saúde, em diferentes espaços e territórios.

Para Yasui (2007), os CAPS são definidos como detentores de um grande desafio de construir um serviço que seja um lugar de produção de cuidados, de subjetividades mais autônomas, de “espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social” (p.159). Lugar para acolher e articular o singular do mundo de cada usuário com a pluralidade de possibilidades de criações terapêuticas. Exigindo para tal, o desenvolvimento de uma complexidade de condutas imbricadas com as diversas dimensões do existir de cada sujeito, de cada demanda que venha surgir.

Entre algumas de suas missões é possível localizar a de fiar conexões para além dos serviços de saúde, e também a de manter ativas suas relações com a cultura local. Todavia como dispositivos de cuidado voltados para uma oferta de atenção integral ao sujeito em sofrimento psíquico, os CAPS têm o objetivo de desenvolver projetos de vida, de produção social, trabalhando para promover uma melhor qualidade de vida dos usuários (RIVERA; SOUZA, 2010).

Para Pitta, Coutinho e Rocha (2015, p.761),

[...] Essa nova organização da assistência à saúde mental no país, de um lado busca garantir acesso ao tratamento na sua comunidade de referência, através do cuidado clínico, do uso racional de psicofármacos e programas de reabilitação psicossocial, objetivando enfrentar a experiência psicopatológica e a marginalização, além da exclusão social dos usuários. Tudo isto passa a compor as diretrizes básicas do modelo de atenção. Por outro lado, a sua implantação e o desenvolvimento de ações demandam uma radicalização ética capaz de modificar as organizações de serviços, os níveis de complexidade tecnológica do sistema de saúde, as estratégias de racionalização dos custos e reorientação da demanda, que ainda não conseguimos alcançar.

Merhy (2013) aponta que, como um serviço substitutivo ao manicômio, os CAPS ‘prometem’ realizar uma crítica ao mundo manicomial e ser lugar onde se possam construir práticas alternativas e substitutivas. A sua construção tem sido produtiva e resultante da melhoria de vida de milhares de seus usuários. E, dirigidos para intervenção em saúde mental,

estão pautados no direito de ir e vir dos usuários ao tratamento ofertado; no acolhimento voltado para as situações de crises; no atendimento clínico individual e coletivo dos usuários, considerando suas complexas necessidades; na construção de vínculos e referências para os usuários e familiares, ou equivalentes; na geração de alívios nos demandantes; no matriciamento de outros setores do sistema de saúde e na geração e oportunização de redes substitutivas de reabilitação psicossocial. Em termos de finalidades, os CAPS se tornam dispositivos com uma nítida pressão entre novas práticas e velhos ‘hábitos’.

De acordo com Pitta, Coutinho e Rocha (2015), um estudo realizado através do Projeto Avaliar-CAPS Nordeste (Ministério da Saúde/2013) apontou que os CAPS interferem de modo positivo na vida dos usuários, ao encoraja-los a autonomia, a corresponsabilização no cuidado, ao protagonismo sociocultural e político nos serviços e nas suas comunidades.

Pode-se inferir que, dos avanços alcançados pelos usuários do sistema nessa transição de modelo assistencial do manicômio à comunidade, o direito humano de ir e vir, de ser escutado nas suas diversas linguagens, de ser reconhecido nas suas experiências intersubjetivas de identidades e alteridades, considerando suas crenças, valores e hábitos, e uma ética de solidariedade cidadã no enfrentamento do preconceito e nas barreiras da exclusão são evidências que se constata no estudo, nas quais é preciso avançar e, se espera, que sejam irreversíveis (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015, p.770).

Contudo, segundo os autores Rivera e Souza (2010), um dos grandes desafios do CAPS é “conseguir sair de dentro da instituição”. Ele precisa ir além de um lugar onde as pessoas são bem atendidas, precisa colocar em prática o projeto político-social de promover um “cuidar bem da loucura” na sociedade. Precisam se inscrever de maneira mais ampla na transmutação social e cultural da sociedade, ocupando outros territórios.

O objetivo é que os CAPS funcionem articulados em rede, não entre si, isto é, em rede inter-CAPS, mas, e fundamentalmente, em rede com outros serviços sanitários (de saúde mental e saúde em geral) e em rede com outros serviços e dispositivos não sanitários. Ou seja, que possam atuar articulados intersetorialmente com projetos oriundos da área da educação, da cultura, do transporte, entre tantos outros produzidos no âmbito dos vários setores das políticas públicas. E não apenas das políticas públicas, mas também das iniciativas que vêm da sociedade com seus vários recursos e possibilidades (AMARANTE, 2012, p.645-646).

2.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial como Ciência Integrativa

A ampliação do campo da Atenção Psicossocial, com implementações de ações que continuam a visar a reversão da lógica manicomial, tem como uma de suas proposições consolidar o cuidado psiquiátrico na Atenção Básica em Saúde. Conforme a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 que preconiza a atual Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras

Drogas, é preciso priorizar a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com iniciativas efetivas voltadas para o cuidado integral do usuário e seus familiares, centradas no território. Sendo ABS um componente importantíssimo para a criação/estabelecimento da RAPS, uma vez que considera a saúde mental parte integrante da atenção integral à saúde, e que sua existência resulta em problemas e comprometimentos para a vida das pessoas, estando presentes em todas as comunidades (BRASIL, 2004c; 2005; 2011).

Não obstante, no trabalho desenvolvido pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, modelo adotado para o fortalecimento das ações da ABS, torna-se imprescindível o acolhimento às demandas de saúde do seu território, incluindo as situações e casos que apresentam sofrimento psíquico e que precisam ser acompanhados frequentemente em Saúde Mental.

Como estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para superar um modelo pautado na lógica saúde/doença, reducionista e cronificador, na proposta da Estratégia de Saúde da Família

[...] a atenção à saúde nega a ênfase hospitalocêntrica curativista e se afirma como um modo de atenção integral pautada em novas bases: atenção centrada na família, sem perder de vista uma concepção ampliada do processo saúde-doença, que incorpora práticas preventivas e de promoção da saúde e, mais recentemente, enfatiza o vínculo entre os usuários e o profissional de saúde (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014, p.33).

Lyra (2007) afirma ser possível observar que há um número crescente de pessoas em sofrimento psíquico, sobretudo os “transtornos leves” (sic), que buscam atendimento nas Unidades de Atenção Básica. O Ministério da Saúde, desde 2002, realiza o monitoramento das equipes de ESF quanto às questões de saúde mental. Em 2005, tornou-as parte dos indicadores das ações realizadas na ABS. No ano de 2008, nas diretrizes da Programação Pactuada e Integrada em Assistência à Saúde (PPI), são constatadas as ações de saúde mental na Atenção Básica (VECCHIA; MARTINS, 2008). No mesmo ano, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com objetivo de melhoria da qualidade da ABS, priorizando atendimento compartilhado e interdisciplinar em situações de prioridades identificadas, incluindo ações conjuntas com a área de saúde mental, visto ter a recomendação de que cada NASF conte com, no mínimo, um profissional especializado na área (BRASIL, 2008).

Wenceslau e Ortega (2015) apontam que a Portaria GM/MS nº 336/02 ao deliberar detalhes sobre o modelo de atuação dos CAPS, atribuiu-lhes a supervisão e capacitação das

equipes da ABS, mesmo não abordando orientações operacionais específicas para ela. Os autores destacam ainda que no documento “*Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*”, em 2003, há o reconhecimento de que o CAPS não é o único dispositivo no atendimento as pessoas em sofrimento psíquico segundo um modelo de rede de cuidados e que, dentre outros, a ABS também o é. Segundo as diretrizes do referido documento, em municípios com um número de população menor que 20.000, as unidades de ABS são o ponto de organização da rede de Saúde Mental, descritos sob três eixos: Apoio matricial da SM às equipes de ABS; Formação como estratégia prioritária para inclusão da SM na ABS; Inclusão da SM no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2003b). Contudo, o apoio matricial foi incluído como uma importante diretriz assistencial em SM na ABS somente através de Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, quando o NASF foi instituído como uma estratégia para o apoio matricial às eSF.

Para Machado, Fonseca e Borges (2014) duas iniciativas no âmbito do SUS vêm promovendo o fortalecimento da ABS abrindo possibilidades de integração com a SM. A primeira seria o Pacto pela Saúde (editado em 2006), uma normativa que se desdobra em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida. Sua atualização, formalizada através da Portaria MS nº 2.669/2009, estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores para os componentes do Pacto pela Vida e de Gestão, e traz a reafirmação de um compromisso com a Atenção Básica e com a Saúde Mental. E, na nova Política de Atenção Básica instituída pela Portaria Ministerial nº 2.488/2011, o fortalecimento da relação entre a ABS e SM ocorre pela inclusão de itens relacionados aos NASF e à equipe de Consultório na Rua (eCR)

[...] regidos pelo princípio da integralidade da atenção e da ampliação do acesso, os diversos profissionais do SUS, em interface com os profissionais de saúde mental, encontram como desafios: criar condições de acolhimento, na atenção básica, das necessidades de saúde que requisitam saberes do campo da saúde mental e alcançar populações historicamente pouco cuidadas pelo poder público (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014, p.37).

Em diversos documentos do MS que antecederam a instituição da RAPS em 2011, é possível ver que o papel da ABS na saúde mental vem sendo abordado como fundamental: “[...] Um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (BRASIL, 2005, p.33). Todavia reconhecendo que a ABS nem sempre apresenta condições para tal tarefa, neste documento, o MS afirmava a importância de impetrar ações voltadas para o estímulo de diretrizes inclusivas da dimensão

subjetiva do usuário e o atendimento aos problemas mais frequentes de saúde mental nas políticas de expansão, formulação e avaliação na ABS.

A RAPS é composta por um conjunto de ações e serviços que tem o mandato para efetivar a Política Nacional de Saúde Mental, que segundo Kinoshita *et al.* (2016), precisa direcionar o modelo assistencial, com base na rede de serviços de SM implicados com territórios definidos, sobre os quais têm responsabilidades, atuando para a concretização da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Como uma estratégia de atenção no âmbito do SUS, de acordo Brasil (2011), tendo por finalidade a criação, ampliação dos pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, reúne diversos pontos de atenção, além da ESF e dos CAPS, que devem estar envolvidos nos cuidados à saúde mental, vinculados aos componentes da:

Atenção Básica em Saúde – Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Consultório na Rua (eCR); Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura.

Atenção Psicossocial Estratégica – Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

Atenção de Urgência e Emergência – SAMU 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24horas e portas hospitalares de atenção à urgência / pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;

Atenção Residencial de Caráter Transitório – Unidade de Acolhimento (UA e UA infanto-juvenil), Serviço de Atenção em Regime Residencial;

Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviços Hospitalares de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

Estratégias de Desinstitucionalização – Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa;

Estratégias de Reabilitação Psicossocial – Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Segundo um estudo realizado por Wenceslau e Ortega (2015), é possível afirmar que as principais portarias e orientações técnicas do MS sobre o tema da Saúde Mental apontam que há um reconhecimento no SUS do importante e fundamental papel da ABS na atenção à Saúde Mental. Constituindo-se o apoio matricial, por intermédio do NASF⁹, o principal mecanismo para qualificar e capacitar a ESF para o atendimento em saúde mental. Contudo, é preciso manter uma postura crítica quanto a este equipamento poder ser considerado a melhor forma de promover a qualificação da ABS, ou ser considerado como o que deveria ser o único.

O matriciamento em saúde mental das eSF é um dispositivo potente para a qualificação dos cuidados em saúde mental, proposto enquanto arranjo organizacional de suporte técnico aos serviços da ABS, promove o compartilhamento dos casos atendidos entre a eSF de referência e o técnico responsável pelo matriciamento, que não precisa ter necessariamente uma relação direta e diária com o usuário ou família em tela. Apresenta uma dimensão de suporte assistencial, enquanto possibilidade de intervenção clínica direta com os usuários, e uma dimensão de suporte técnico-pedagógico, visando produzir ação de apoio educativo com e para a eSF, contudo, elas podem e devem estar presentes conjuntamente em diversos momentos (BRASIL, 2003b; 2009).

Para Carvalho (2014), o cuidado em saúde mental na ABS muitas das vezes é marcado pela complexidade das situações clínicas e psicossociais, demandando que o suporte para a atuação da equipe seja realizado por meio de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou através de atendimentos compartilhados com a equipe / profissional do NASF. Quanto a isto, faz-se necessário pontuar que o NASF não é o único e exclusivo responsável pelo apoio matricial na ABS, podendo ser realizado em parceria com os CAPS, os ambulatórios especializados e até mesmo por equipe dos hospitais (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado por Fortes *et al.* (2014) identifica que a ESF tem atuado na resolução, prevenção e reabilitação em SM, demandando uma modificação na relação entre os profissionais da SM a partir da integração com a ABS, e a organização do fluxo de usuários

⁹ Mediante uma parceria com a eSF, segundo Carvalho (2014), o trabalho do NASF é operacionalizado através do apoio matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST).

entre o nível assistencial primário e o especializado. E que no Brasil esta nova forma de relação se daria através de uma matriz de interação de diferentes saberes, pelo modelo de cuidados colaborativos de apoio matricial. Embora diferentes modalidades de matriciamento¹⁰ estejam em desenvolvimento, os autores afirmam que:

O matriciamento [em suas diferentes modalidades] tem o caráter clínico, no que se refere ao cuidado com o usuário; de estruturação de rede de cuidados a partir da análise do contexto territorial, incluindo recursos comunitários e da rede de cuidados, e de educação permanente, no que se refere às trocas de conhecimento realizadas entre o especialista e o generalista sobre suas diversas ações. Há uma ampliação da atenção em SM que modifica tanto a prática dos médicos de família quanto dos psiquiatras (FORTES *et al.*, 2014, p.1083 - grifo nosso).

A cada equipamento (ponto de atenção) que compõe a RAPS inserido nos diversos componentes da rede são atribuídas diferentes responsabilidades de acordo com as diretrizes de operacionalização e integração da RAPS. Além da organização dos serviços em rede de atenção à saúde, tem por diretriz, dentre outras, promover um conjunto de ações articuladas e integradas no território, a fim de qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Tomando emprestada a definição de Yasui e Costa-Rosa (2008) para a “Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS)”, podemos apontar que a conceituação da RAPS precisa atender a uma lógica que “perpassa e transcende as instituições enquanto estabelecimentos, tornando-as dispositivos referenciados na ação sobre a demanda social do território, distanciando-se, dessa forma, de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade da Atenção” (p.36). Segundo os autores, na Atenção Psicossocial não se trata de organizar e inserir os dispositivos que compõem a rede em um sistema de referência e contra-referência, visto que mesmo o sujeito estando inserido em atendimento no CAPS, por exemplo, ele continua inserido num território, sobre o qual se supõe adscrito e com cobertura de um PSF, logo, demandando ter participação simultânea das ações de atenção à saúde realizadas na ABS.

A efetivação da integralidade nos serviços de saúde pressupõe a realização de processos em rede, que para Franco (2013) pode se constituir na integração de diversos serviços de saúde, e que, quando vista sob o critério da micropolítica do processo de trabalho, apresenta-se como uma rede que opera na atenção individual, revelando atos sincronizados

¹⁰ Para Fortes *et al.* (2014, p.1083) “é possível dizer que o NASF, o apoio matricial e o matriciamento são os novos dispositivos, campo e processo de trabalho para a Psiquiatria no século XXI, abrindo perspectivas, transformações e desafios na sua prática, bem como na sua formação”.

entre os trabalhadores e o usuário. Para o autor, há diversas redes que operam em conexões entre si construindo linhas de cuidado, com múltiplas direções e sentidos.

A rede, de acordo com Leal e Muñoz (2014), possui um caráter social, político e afetivo, e além de ser representada pelo conjunto de organizações públicas, é constituída de campos flexíveis, podendo também ser constituída pela sociedade civil e organizações não governamentais (ONGs), associações de usuários e familiares, que se direcionam ao território para promover ações de saúde e o protagonismo, a aquisição de poder contratual e a defesa de direitos. Contudo, não se pode esperar que o trabalho realizado por esta rede se dê de modo harmônico, sem conflitos ou ruídos, nem que seus fluxos sejam permanentes, porém podem exigir um movimento de articular-se e desarticular-se, de acolhimento de tais interferências.

O caráter terapêutico das redes resulta na simultaneidade entre a abertura e o fechamento de sua malha. [...] A construção de parcerias exige o reconhecimento do conflito, dos consensos e das discordâncias: é no encontro com diferentes atores que surgem diferentes interesses e criam-se novos sentidos que fortalecem a própria articulação da rede (LEAL; MUÑOZ, 2014, p.79-80).

No agenciamento do cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico cabe ao serviço que inicialmente está realizando o atendimento concentrar-se no estabelecimento da rede que, em um segundo momento, havendo necessidade, poderá ser acionada. A cada tempo da intervenção, segundo Leal e Muñoz (2014), também é preciso definir quem – o serviço e os atores – que promoverão ou serão os facilitadores para a articulação desta rede e dar direcionamento ao atendimento ofertado. Portanto, o serviço e a rede se devem reorientar a cada situação apresentada por seus diferentes usuários, e quanto à responsabilidade por ele, é fundamental que “seja compartilhada, mas ao mesmo tempo, é necessário que os lugares sejam cotidianamente definidos e explicitados: não se deve cair no erro de considerar levemente que o paciente é cuidado por todos, sob o risco de ele acabar não sendo cuidado por ninguém” (LEAL; MUÑOZ, 2014, p.80).

Como ilustra Kinoshita *et al.* (2016, p.51):

A inserção do componente da Atenção Básica na RAPS ratifica as estratégias da atenção básica para alcançar a cobertura universal no território nacional. Os cuidados na atenção psicossocial no território dependem da proximidade física com o lugar real de vida e de existência das pessoas e, por isso, a saúde mental na atenção básica é um lugar estratégico de desinstitucionalização (que não se resume à desospitalização) e superação da lógica manicomial.

À ABS, por seu lugar estratégico para o conhecimento da situação de saúde da população e identificação dos recursos biossocioculturais (NUNES; TORRENTÉ; LANDIM, 2016), é atribuída a coordenação entre os equipamentos da RAPS, como estratégia

fundamental para traçar ações territoriais que transcendem a especificidade do setor saúde (BRASIL, 2011; 2014; FORTES *et al.*, 2014; LIMA; DIMENSTEIN, 2016; SOUZA, 2015; WENCESLAU; ORTEGA, 2015; YASUI; COSTA-ROSA, 2008), deixando também de ser coadjuvante na atenção à saúde mental, contando como o apoio do CAPS e NASF. Constatar e reconhecer essa premissa, necessariamente, precisa resultar em uma ressignificação do papel da ABS, “atribuindo-lhe uma responsabilidade maior na indicação de analisadores da realidade socio sanitária que permitam orientar as ações de saúde mental na direção de ampliar a sustentabilidade da lógica da integralidade e o grau de consolidação do projeto de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica” (NUNES; TORRENTÉ; LANDIM, 2016, p.127).

Neste sentido, é preciso considerar o desafio de integralidade na atenção à saúde, bem como a de superar os efeitos da fragmentação entre os serviços de SUS e potencializar a ABS como porta de entrada preferencial (BRASIL, 2014). Todavia, apesar de reconhecer o atributo de primeiro contato da ABS, através das portarias e normativas do MS, não encontramos os limites de competências definidos entre o CAPS e a ABS no que tange à questão da porta de entrada para o sistema de saúde para o sujeito em sofrimento psíquico (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Encontramos o desafio de que a RAPS efetivamente se constitua como uma rede de compartilhamento de cuidados com o sujeito em sofrimento psíquico, trazendo contribuições para modificações no campo da atenção em saúde, através da ampliação do conceito de saúde, da integralidade da atenção e da territorialização das ações. De modo especial, o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica com a aproximação da ESF ainda precisa atender ao conceito da desinstitucionalização como processo de “invenção da realidade” (AMARANTE, 1996), exigindo ainda um estreitamento e fortalecimento dos laços entre o campo da SM e da ABS. Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, bem como os dos CAPS, devem ser capacitados para melhor criar/inventar ações em Saúde Mental que possam reduzir o sofrimento, ampliar qualidade de vida, incluir na sociedade e promover a cidadania e a saúde dos sujeitos em sofrimento psíquico.

3 ESTRUTURAÇÃO, COLETA E COMPOSIÇÃO DOS INDICADORES DE SM E ESF PARA SAÚDE MENTAL E O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

3.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Na história moderna a avaliação sistemática das intervenções sociais se constitui como uma atividade iniciada no século XVIII na Grã Bretanha e na França, e é instituída como prática e estratégia de governos no período após a Grande Depressão nos Estados Unidos até a Segunda Guerra Mundial. Neste período, foi possível a multiplicação de conceitos e refinamento dos métodos de pesquisa social, surgindo no período pós-guerra o campo da avaliação de programas públicos, em especial na área da educação, como um mecanismo que visava acompanhar as políticas públicas implementadas e os problemas sociais existentes, um esforço de legitimação e institucionalização de uma prática consistente de prestação de contas e julgamento do sucesso destas políticas pelo Estado (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000; CRUZ, 2015; CRUZ; SANTOS, 2007). Segundo Hartz (2009), a avaliação na área da saúde teria surgido vinculada à Epidemiologia e à Estatística, com a finalidade de testar a utilidade das intervenções. Contudo, ao longo dos anos, as concepções de avaliação e avaliador foram sofrendo influências de outras áreas, especialmente das Ciências Sociais.

Uma das principais referências teóricas de avaliação da qualidade e monitoramento dos serviços na área de saúde é o médico Avendis Donabedian (1919-2000). De acordo com o modelo conceitual que propôs, as informações sobre a qualidade dos cuidados em saúde podem ser fundamentadas em três aspectos: *estrutura, processo e resultados*; denominadas como tríade norteadora da avaliação de serviços, sistemas e programas. A *estrutura* descreve o contexto em que os cuidados são prestados, recursos físicos, humanos, financiamento e equipamentos; o *processo* engloba as transações entre pacientes e profissionais, ou seja, o processo de trabalho; e os *resultados* avaliam os efeitos das ações e dos procedimentos de assistência sobre a saúde do usuário, satisfação de padrões e de expectativas. Em outro modelo, pautado em uma concepção sistêmica, Donabedian sistematizou os atributos de qualidade como: *eficácia; eficiência; efetividade; otimização; aceitabilidade; legitimidade; equidade* (CRUZ, 2015; CRUZ; SANTOS, 2007; FERLA *et al.*, 2016).

O modelo donabediano, segundo afirma Cruz (2015), tem sido contrastado por outras propostas que visam romper com a ideia de “caixa preta”, considerando haver uma rigidez e a não incorporação de componentes, como por exemplo, políticos e externos, que também influenciariam na inter-relação entre uma investigação e seus efeitos. “É cada vez mais evidente a exigência de inserção nos modelos de avaliação de outros fatores que interferem na implementação ou na obtenção de efeitos esperados ou não previstos no desenho do programa” (CRUZ; SANTOS, 2007, p.270).

Através do desenvolvimento histórico do processo de avaliação e sua caracterização em diferentes fases é possível, do ponto de vista conceitual, compreender que não há uma precisão e consenso sobre o tema avaliação. Estão presentes em sua conceituação dilemas e controvérsias, contudo existiria um consenso quanto a ideia de que toda avaliação implica no julgamento de valor advindo de um julgamento embasado em critérios anteriormente definidos (CRUZ, 2015; CRUZ; SANTOS, 2007).

Segundo Tanaka e Tamaki (2012) o julgamento de valor ocorre na avaliação no momento em que se realiza uma comparação entre o conhecimento obtido do objeto e os valores de referência estabelecidos. Para os autores, há uma interdependência entre um indicador e o parâmetro que direcionará o seu detalhamento necessário, permitindo que tal indicador tenha abrangência necessária para a emissão do juízo de valor, em acordo com os valores de referência estabelecidos.

Neste sentido, os autores afirmam que “a avaliação pode ser referida como um conhecimento produzido no campo teórico-metodológico aplicável a um objeto quando há necessidade de emitir um julgamento de valor, independente do uso que será feito do seu produto” (TANAKA; TAMAKI, 2012, p.822).

De modo semelhante, Contandriopoulos *et al.* (2000, p.31) afirmam que: “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um juízo de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisões”. Para os autores, tal julgamento poderá resultar da avaliação normativa, através do estudo dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios; ou pode ser resultante da pesquisa avaliativa, que examina, por um procedimento científico, os diferentes componentes da intervenção em suas relações.

A leitura de alguns autores como Contandriopoulos *et al.* (2000), Cruz (2015), Cruz; Santos (2007), Hartz (2009), possibilita observar que as diferentes abordagens emergentes da prática avaliativa podem ser separadas em gerações de estudos de avaliação, denominadas como: *Primeira geração* – Sua utilização teria iniciado no século XIX (1800-1930), fundamentalmente tem como foco a mensuração, utilizando de conhecimentos estatísticos e epidemiológicos para classificar e identificar os desvios em relação à norma; visa avaliar os beneficiários de uma intervenção. *Segunda geração* – surge na década de 1930 como uma tentativa de superar as limitações identificadas na primeira geração, propondo uma avaliação formativa. Centrada no esforço descritivo da intervenção, é marcada pelo surgimento da avaliação de programas e da pesquisa-intervenção. *Terceira geração* – apoiada no trabalho com o julgamento de mérito e do valor de uma interferência para auxiliar na tomada de decisão, visa ir além da descrição; no final da década de 1950, passa a questionar os objetivos dos programas avaliados, analisando os fatores que contribuem para a compreensão de como os objetivos são atingidos, visando promover o aumento da eficácia dos programas. *Quarta geração* – surge a partir da década de 1990 e possibilita que a avaliação possa ser relativizada, buscando uma forma de avaliação inclusiva e participativa, que considera em seu processo os atores interessados; refere-se à negociação entre os envolvidos na avaliação, sendo que o avaliador faz parte do processo, não se colocando no processo apenas como juiz.

Segundo Hartz (2009), é possível indicar a existência de uma *quinta geração*, identificada como ‘emancipadora’, implicada, como as demais, com a melhoria das políticas públicas e com os grupos ligados a elas, visando uma melhor compreensão dos próprios problemas e possibilidades de solucioná-los a seu favor. Considera-se que uma implicação dos atores envolvidos na avaliação não influenciaria somente nos resultados, mas também geraria um aprendizado, visto que o “avaliador desempenha um papel pedagógico de mediador e tradutor do processo analítico e seus resultados” (HARTZ, 2009, p.52).

Cruz (2015) aponta para a questão de que trabalhar com a perspectiva de gerações de avaliação não significa a supressão de uma geração em favor da outra e que os modos de abordagens e de avaliar de cada uma delas estão presentes, coabitam diversas vezes numa mesma proposta de avaliação em diferentes estudos e se completariam na atualidade.

De acordo com Paim (2008), os estudos de avaliação em saúde no Brasil começaram a se desenvolver a partir da década de 1980. As primeiras avaliações foram realizadas com finalidade acadêmica de avaliação dos seus serviços de saúde, e foram somente a partir das

chamadas *políticas racionalizadoras*, que valorizavam o planejamento em saúde, que surgiram documentos que sugeriam uma preocupação com a avaliação em saúde, trazendo proposições relativas a um elenco de indicadores e organização de sistemas de informação, visando imprimir racionalidade nas intervenções de saúde.

Camargo Jr., Coeli e Moreno (2007) consideram que para o funcionamento dos serviços de saúde a avaliação se torna um componente fundamental, possibilitando os profissionais de saúde monitorar sua própria ação, devendo os serviços seguirem a mesma lógica. Neste contexto, como parte do processo de trabalho, com envolvimento de toda a equipe de saúde, sendo utilizada de modo sistemático e em trabalho conjunto, a avaliação assume uma dimensão fundamental para a informação em saúde. Sendo possível a institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação somente através de práticas cotidianas que auxiliem no direcionamento e acompanhamento de implementação dos serviços, programas e estratégias de saúde, num processo que envolve a apropriação de ferramentas avaliativas pelo conjunto de trabalhadores que atuam no âmbito de cada município.

Contrária a esta possibilidade, a apropriação burocrática da produção de informações de saúde tomada como uma tarefa a se cumprir em função das normas institucionais compromete um aspecto fundamental deste processo, o da produção e do uso das informações para produzir indicadores baseados nos sistemas já existentes que permitiriam um planejamento, controle e avaliação mais adequados das ações das equipes e unidades de saúde, em seus municípios (CAMARGO JR.; COELI; MORENO, 2007).

Segundo Cruz & Santos (2007), a avaliação em saúde deve ser tomada como uma ferramenta de negociação permanente, como prática social que auxilia a nortear as práticas de saúde e a gestão na tomada de decisão, baseados em critérios e padrões pactuados. E, seus objetos podem ser: tecnologias, ações, serviços, estabelecimentos, sistemas e políticas.

Ferla *et al.* (2016) apresenta a ideia de que a avaliação, nos dias atuais, é percebida como:

[...] um componente da gestão em saúde, na qual ocorre o desenvolvimento de um processo crítico e que precisa de reflexões, prosseguimento e sistematização. Esta contribui na identificação de problemas, reorientando ações e serviços e, além disso, examina o impacto das ações realizadas sobre a saúde da população. Ao sistematizar informações e juízos de valor sobre o trabalho, desloca a rotina das práticas para novos patamares de conhecimento e densidade (FERLA *et al.*, 2016, p.80).

Para Tanaka e Tamaki (2012), a avaliação constitui um instrumento fundamental de suporte à gestão pela sua possibilidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. Seu processo precisa estar construído e conduzido com bases lógicas, coerentes e racionais, considerando as necessidades da população, as metas definidas para os serviços, tornando possível o envolvimento de todos os interessados na utilização dos resultados e na implementação das decisões tomadas.

Em alguns países da América Latina, inclusive no Brasil, a partir da década de 1990, segundo Cruz (2015), ocorreu a propagação da avaliação como um campo de conhecimento que permite reunir elementos para o debate dos contextos políticos e decisórios, reforçando a necessidade de elaboração de uma política de avaliação para auxiliar os sistemas de gestão e controle do Estado.

No Brasil, o movimento de constituição de uma política de avaliação articulada à gestão é muito recente, com diretrizes que acabaram por reforçar abordagens fragmentárias e conservadoras, com a dissociação dos processos avaliativos já em curso – tendência inversa da adotada pelos países desenvolvidos (CRUZ, 2015, p.298).

Apesar disso, no Brasil a avaliação em saúde ainda se apresenta em um contexto em que seu uso é incipiente, incorporado às práticas de modo empobrecido, possuindo um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo. Não obstante, os instrumentos existentes não se constituem ainda como ferramentas de suporte aos processos decisórios das ações em saúde e nem para a formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL, 2005).

Para Cruz (2015), a implantação e consolidação do SUS envolveram, e continuam a envolver diversos atores e contextos locais, relações de poder, reorganização de serviços, realocação do processo decisório, justificando a necessidade de avaliações das políticas de saúde como um processo permanente e contínuo. Uma política de avaliação pautada pelo uso, que possibilite a participação e interferência dos diferentes grupos envolvidos no processo, potencializando e renovando a avaliação no cotidiano, que configure um projeto de racionalização e substituição de práticas, é a que deveria ser institucionalizada.

Na perspectiva dos programas de saúde, segundo afirma a autora, é difícil pensar em avaliações que não estejam vinculadas a instrumentarem os governos, visto que estes são seus grandes demandantes e interessados em potencial pela avaliação. E, por vezes, a avaliação se torna apenas objeto de legitimação de políticas e programas de saúde, sem “uma aproximação e um debruçar sobre as questões remetidas ao *o que, por que, para quem, como*, de forma a potencializá-la como recurso que faça parte do cotidiano das práticas” (CRUZ, 2015, p.300).

3.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A CRIAÇÃO DE BANCOS DE DADOS E ESTABELECIMENTO DE INDICADORES

3.2.1 O Sistema, Base de Dados, Informação e Indicadores

Para iniciarmos a escrita sobre os Sistemas de Informação em Saúde no Brasil consideramos importante descrever de modo bastante pontual algumas questões apontadas a partir da leitura de produções que versam sobre as concepções de sistema, base de dados, informação e o estabelecimento de indicadores.

Utilizando da conceituação realizada por Camargo Jr., Coeli e Moreno (2007), podemos identificar a definição de *sistema* como um conjunto integrado de partes que se articulam com uma finalidade comum. Já a definição de *sistema de informação* atende à ideia de que esse é composto por um conjunto de partes – vários elementos ligados à ‘coleta’, ‘armazenamento’, ‘processamento de dados’ e ‘difusão de informações’-, que têm a capacidade de se coligir atendendo à sua função de ‘banco de dados’, com objetivo de transformá-los em ‘informação’. Quanto à definição de *dados*, os autores afirmam que estes são uma representação de fatos na sua forma primária, ao passo que *informação* seria o resultado da combinação de vários dados que são trabalhados, organizados e interpretados, agregando a eles valor adicional para além do fato primário.

Moreno (2015) adverte para importância do uso cauteloso, prudente e com senso crítico, de uma base de dados para a extração de informações. Segundo a autora, é preciso entender que os dados por si próprios não apresentam informações e que, na busca por respostas para algumas questões de pesquisa, eles podem não atender às nossas expectativas, visto que (os dados) compõem bases de dados construídas por um conjunto de pesquisadores, disponibilizados publicamente, tendo como objetivo atender a um grupo de questões de pesquisa.

De acordo com os apontamentos da autora, é preciso levar em conta que para realizar uma pesquisa é possível coletar dados primários utilizando um instrumento constituído com determinada finalidade e compor uma base de dados a partir das respostas obtidas. Contudo, caso haja a necessidade da utilização de dados secundários que foram coletados para atender a

questões específicas de outras pesquisas, esta se torna viável pela coleta de dados mais acurados e que atendam minimamente os objetivos da investigação que se pretende realizar.

Outro ponto a se considerar é de que um *indicador* se constitui a partir da informação gerada como resultado da combinação de variáveis, criadas para uma determinada finalidade, relacionada a outros dados que compõem um banco de dados. E que, embora um indicador “indique algo ou alguma coisa”, ele não é uma determinação, sendo prudente ter precaução no uso de bases de dados secundários para realizar uma pesquisa.

As bases de dados que compõem sistemas de informações (em saúde ou não), não são, elas próprias, dotadas do dom (mágico?) de fornecer indicadores. [...] Tampouco os indicadores possuem o dom da determinação ou da produção de verdades. As bases de dados são, isto sim, um agrupamento de dados (nominados e caracterizados pela maneira como uma dada variável foi concebida para atender a uma questão de pesquisa específica) que – a partir da compreensão do contexto, campo, referencial teórico, finalidade e utilidade nos quais elas foram concebidas – podem nos auxiliar a construir novas interpretações que convirjam para uma dada (e, singularmente, nossa) questão da pesquisa (MORENO, 2015, p.424 – grifo da autora).

Segundo a Rede Interagencial de Informações em Saúde¹¹ (RIPSA, 2008), indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre a situação do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Em sua maioria, com fins de avaliação e monitoramento pelos gestores, estão atrelados a metas e parâmetros quantificáveis. Avaliados em conjunto, tais indicadores devem produzir evidências sobre a situação sanitária e servir para a vigilância das condições de saúde.

Contudo, além de possuir uma relevância técnica, o indicador, assim como a informação, pode ter seu uso político, estabelecendo sentidos aos sujeitos e aos cuidados em saúde. Muitas das vezes tomados como “verdades científicas” os indicadores e as informações podem ser instrumentos para o convencimento na construção de argumentos políticos, por vezes, atribuindo-lhes um grande poder de utilidade e resolutividade para diversas questões de saúde globalmente (MATTA; MORENO, 2014; MORENO, 2015). Os indicadores, além de apresentarem apenas indícios da ocorrência de um determinado fato, devem responder às perguntas formuladas localmente, visto que são resultados da composição de um conjunto de dados coletados em algum momento, nos mais variados lugares e espaços, e que não se realiza de modo padronizado, muitas das vezes nem entre regiões de um país, sobretudo, entre diferentes países (MATTA; MORENO, 2014).

¹¹ RIPSA articula órgãos de governo, instituições de ensino e pesquisa, associações científicas e de classes, tendo em comum o objetivo de aperfeiçoar a produção, análise e disseminação de informações atinentes às questões de saúde no país.

3.2.2 O Sistema de Informação em Saúde no Brasil: monitoramento e avaliação na Atenção Básica

Uma melhor estruturação do Sistema de Informação em Saúde era necessária também para consolidar a implantação do SUS, de modo a ser possível o acompanhamento integral das ações em saúde, assegurando a avaliação permanente da situação de saúde da população, bem como dos resultados das ações executadas (SILVA; LAPREGA, 2005). A partir da Lei Orgânica da Saúde – 8080/1990, ficou estabelecido que as três esferas do governo deveriam exercer, em seu âmbito administrativo, ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde.

De acordo com Camargo Jr., Coeli e Moreno (2007), na década de 1990, foi possível observar os maiores avanços nos Sistemas de Informação em Saúde do país, por meio de expressivos avanços na implantação e no acesso de dados nacionais¹², embora outras iniciativas importantes, como a implantação no ano de 1975 do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e a criação, em 1986, do Grupo Técnico de Informação em Saúde, já tivessem contribuído para alguma melhoria para a área de informação em saúde nacional. As mudanças nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) possibilitaram a formação de bancos de dados importantes para estudos epidemiológicos, na vigilância, pesquisa e para avaliação de programas e serviços. Embora, segundo os autores, para o uso destes bancos de dados se devem sempre considerar as questões relacionadas à cobertura dos sistemas, à qualidade dos dados e à falta de variáveis.

Para fins de avaliação, ainda segundo Camargo Jr., Coeli e Moreno (2007), as bases de dados dos SIS são consideradas como fontes de dados secundários que, mesmo apresentando vantagens como a de ampla cobertura populacional, coleta de informações com baixo custo e

¹² Os bancos de dados aos quais se referem os autores continham informações sobre: nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção básica, imunização, produção de procedimentos ambulatoriais, atendimento de alto custo, hospitalizações, estabelecimentos de saúde e orçamentos públicos. Além destes dados, as informações produzidas por outros setores do governo de interesse ao campo da saúde contribuíram para ampliação e diversificação das informações em saúde, que também pode através de avanços no acesso às informações demográficas e socioeconômicas - fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - alcançar uma melhor contextualização dos dados da saúde.

facilitar o seguimento longitudinal, têm desvantagens da falta de padronização na coleta dos dados, conseqüentemente afetando a qualidade dos dados e de informações importantes para a realização de uma avaliação específica. Os bancos de dados gerados pelos SIS podem ser classificados em três tipos:

- Epidemiológicos – desenvolvidos e utilizados para fins de vigilância, avaliação e pesquisa, englobando dados sobre eventos vitais (nascimentos e óbitos), doenças e agravos de notificação compulsória (exemplo, dengue), entre outros;
- Administrativos – desenvolvidos para fins contábeis e de controle da produção de serviços de saúde prestados. Contêm dados demográficos dos pacientes atendidos, procedimentos realizados, diagnóstico, mas sem dados clínicos;
- Clínicos – armazenam dados clínicos (resultados de exame, medidas antropométricas, por exemplo), de natureza multimídia, que são gerados ao longo do contato de um paciente com diferentes serviços de uma unidade de saúde (por exemplo, laboratório, raios x, cirurgia) ou mesmo de diferentes unidades de saúde. A disponibilidade desses últimos ainda é restrita, mas espera-se que o acesso a esses bancos venham a crescer com a maior expansão dos sistemas de registros eletrônicos de saúde.

Como um importante marco dos processos de avaliação e monitoramento do SUS está a aprovação do Manual para a Organização da Atenção Básica através da Portaria GM/MS nº 3.925, de 1998, definindo indicadores de acompanhamento da ABS para o ano de 1999. E a Portaria nº 476/99 que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da ABS (BRASIL, 2003a). Em relação às metas a serem alcançadas para os indicadores de saúde, previamente estabelecidos, o “Pacto de Indicadores de Saúde da Atenção Básica” configurou-se um dispositivo formal entre os gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2003c). Cabendo à Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA), criada na estrutura organizacional do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a responsabilidade da condução gerencial de iniciativas processuais de grande envergadura como o referido pacto.

No país, a ABS tem sido desenvolvida como o mais alto nível de descentralização, implantada para atuar mais próximo da vida da população, configura-se como porta de entrada para o sistema de saúde. Ao longo dos anos, o PSF vem se constituindo como indutor do processo de institucionalização da avaliação na atenção básica, abrindo espaços para a

inclusão de uma cultura de avaliação no SUS, conforme preconizado na PNAB (FERLA *et al.*, 2016).

De acordo com Felisberto (2004), a implantação de uma cultura avaliativa se torna possível somente a partir da inserção da avaliação nos serviços de saúde:

Entendendo Institucionalização enquanto incorporação da avaliação à rotina dos serviços, estamos assumindo a necessidade de fortalecimento e/ou desenvolvimento de capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, para adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (gestores, usuários do sistema de saúde e profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa).

Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva com o objetivo de qualificar a atenção básica, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde [...] (FELISBERTO, 2004, p.318).

No ano de 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e pela SAS, com o objetivo de agregar, armazenar e processar informações relacionadas à ABS, a partir da ESF. As atividades realizadas pelos ACS passaram a ser acompanhadas e avaliadas através do SIAB, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), agregando e processando os dados fornecidos a partir da realização das visitas domiciliares, bem como do atendimento médico e de enfermagem realizado nas unidades e nos domicílios.

O SIAB apresentava uma proposta de melhor conhecimento das condições de saúde da população atendida pelas equipes de ESF, considerando a necessidade da compreensão dos fatores determinantes no processo saúde-doença. Potencialmente, representava a possibilidade de ser fonte de dados importante para o diagnóstico de saúde de uma determinada área adscrita, servindo para nortear o planejamento e a avaliação das ações em saúde. Representava ainda uma fonte de dados para órgãos governamentais, pesquisas acadêmicas, entre outras, que os utilizam para realizar estudos no campo da saúde (BRASIL, 2012; SILVA; LAPREGA, 2005).

Construído sob os princípios da hierarquização, descentralização e territorialização, em consonância aos princípios e diretrizes do SUS, as principais características do SIAB foram definidas por Soares, Gomes e Moreno (2007, p.199-200), como:

- 1) ‘Territorialização’ das ações, pois possibilita a construção de indicadores de uma determinada área e, respectivamente, permite conhecer e avaliar a situação de saúde de uma população adscrita, onde o planejamento e as ações de saúde

- deverão ser implantadas / implementadas de acordo com o perfil dessa população;
- 2) Visa à participação ativa dos ACS nos processos de produção das informações e gerencial, permitindo que estes deixem de ser meros registradores de dados e passem a participar de todo processo de produção das informações, desde o registro dos dados até a utilização das informações pelo território como ferramentas para o planejamento e para o processo decisório;
 - 3) Possibilita que as informações geradas retratem a realidade local, uma vez que estas não se limitam à população assistida pelo serviço de saúde;
 - 4) Atua como gerador de informações para a vigilância em saúde, e não somente, por exemplo, para informações de morbidade.

No PSF existe uma sistemática de trabalho que se relaciona diretamente com a utilização do SIAB. Os ACS preenchem fichas de cadastramento e acompanhamento quando realizam visitas domiciliares, sendo que estas obedecem a modelos que alimentam um banco de dados onde é feita a consolidação das informações sobre a população atendida pelo PSF do município (BRASIL, 2003d).

As fichas estão organizadas da seguinte maneira:

- *Ficha A* – ficha de cadastramento das famílias, contêm dados básicos sobre as suas características socioeconômicas, de saúde e/ou morbidade referida, condições de moradia.
- *Ficha B* – ficha para acompanhamento domiciliar de grupos prioritários:
 - Ficha de gestantes (B-Ges);
 - Ficha de hipertensos (B-HA);
 - Ficha de diabéticos (B-DIA);
 - Ficha de pessoas com tuberculose (B-TB);
 - Ficha de pessoas com hanseníase (B-HAN);
- *Ficha C* (Cartão da Criança) – ficha para acompanhamento de crianças menores de dois anos pelo médico, sendo o próprio Cartão fornecido pelo MS;
- *Ficha D* – ficha utilizada por toda eSF para registros de atividades (consultas médicas e de enfermagem), procedimentos (solicitação de exames complementares, encaminhamentos) e notificações de alguma doença.

A consolidação das fichas preenchidas pelos profissionais é feita através dos instrumentos:

- *Relatórios A1, A2, A3 e A4* – relatório e consolidado anual das famílias cadastradas;
- *Relatórios SSA2 e SSA4* – relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias;
- *Relatórios PMA2 e PMA4* – relatórios de Produção e Marcadores de Avaliação.

Em 2006, no documento que foi publicado apresentando a PNAB¹³ não há nenhuma referência às ações e indicadores de saúde mental realizadas pelas equipes do PSF por meio de registros no SIAB, mesmo após ter sido apresentada em 2003 uma proposta de revisão do sistema no documento “*Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*” elaborado pelo Departamento de Ações Estratégicas/DAB conjuntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica.

Uma das diretrizes apontadas no documento refere-se às ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na ABS, propondo uma revisão do SIAB, para inclusão de indicadores: 1) percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo; 2) percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo; 3) número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos), por faixa etária e sexo; 4) percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo; 5) prevalência de transtorno convulsivo (epilepsia), por sexo e faixa etária. Outros indicadores sugeridos: 6) número de pessoas que utilizam benzodiazepínicos atendidas pela rede básica, por faixa etária e sexo; 7) percentual de pessoas com tentativa de suicídio acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo (por população) (BRASIL, 2003b).

A Portaria GM nº 1654, de 19 de julho de 2011, criou o novo programa de avaliação da ABS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), estabelecendo parâmetros e indicadores para suas equipes e para a gestão. A partir dele, foram incluídos os seguintes indicadores:

¹³ A Saúde Mental foi incluída como prioridade no Pacto pela Vida em 2007 quando foram elencados dois indicadores importantes, através da Portaria MS/GM nº 325, de 13 de março de 2006: a taxa de cobertura de CAPS/100.000 habitantes e a taxa de cobertura do Programa de Volta para Casa.

- 1) *Proporção de atendimentos de Saúde Mental exceto usuários de álcool e outras drogas.* Conceito: percentual de atendimentos em Saúde Mental realizados por médico e enfermeiro, exceto por usuários de álcool e drogas, em relação total de atendimentos.

Este indicador, segundo o documento, permite:

[...] conhecer a participação dos atendimentos de Saúde Mental na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe. Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado à saúde mental (depressão, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos, etc.), podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses portadores, suas famílias e a comunidade. Além disso, pode contribuir para orientar as iniciativas de intervenção em relação ao cuidado dos pacientes com problemas relacionados à saúde mental, assim como as intervenções com familiares e com a comunidade (BRASIL, 2012, p.69).

- 2) *Proporção de atendimento de usuário de álcool.* Conceito: percentual de atendimentos de usuários de álcool sobre total de atendimentos realizados por médico e enfermeiro.

É apresentada a proposta da realização de busca ativa por meio das visitas domiciliares, de pessoas na comunidade com problemas decorrentes do uso de álcool, além de uma sensibilização e capacitação de toda a equipe para este levantamento junto às famílias. Sendo imprescindível uma intervenção qualificada nesta situação.

- 3) *Proporção de atendimentos de usuários de drogas.* Conceito: percentual de atendimentos de usuários de drogas em relação a todos os atendimentos realizados pelo médico e enfermeiro.
- 4) *Taxa de prevalência de alcoolismo.* Conceito: proporção de pessoas dependentes de álcool na população cadastrada com 15 anos ou mais.

Segundo o MS (BRASIL, 2012) é preconizado, dentre diversas ações para promover a melhoria destes indicadores em saúde mental, a necessidade da capacitação das equipes da ABS, de “forma humanizada e de acordo com as melhores práticas”, visando a inclusão também das famílias e da comunidade do território onde o usuário vive. É proposto ainda que sejam realizadas discussões com a equipe dos resultados dos indicadores, a fim de que haja embasamento adequado ao planejamento das ações relacionadas ao cuidado individual e em grupo, tanto do usuário quanto de seus familiares.

O mesmo documento também aponta para a necessidade de que os indicadores sejam comparados com outros, como: internações psiquiátricas, número de casos discutidos no matriciamento (NASF e /ou Saúde Mental), número de pacientes usuários de benzodiazepínicos, número de pacientes que estão em acompanhamento em serviços especializados em saúde mental, etc..

Embora os dados gerados pelo SIAB sejam complementados pelos demais profissionais de saúde da eSF, uma análise sobre eles nos permite afirmar que são insuficientes para uma avaliação mais qualificada das ações de saúde mental na ABS. Segundo um estudo realizado por Pôrto (2012), é possível identificar que as funções dos indicadores existentes são de monitoramento pelo PMAQ-AB, porém, pouco flexíveis e possibilitando registros limitados. O formato do SIAB não promove um registro sistemático dos atendimentos realizados pelas equipes dos sujeitos em sofrimento psíquico, nem tampouco permite que as ações de saúde mental sejam registradas pelas equipes. E, quanto as atividades realizadas em parceria com o NASF, também não há registros específicos, mesmo sendo um dispositivo inserido no componente da ABS. De acordo com a autora, os dados gerados pelos SIS deveriam fornecer indicadores de SM na ABS que produzam informações consistentes para a avaliação de componentes essenciais a qualidade da atenção em saúde, como a acessibilidade e a efetividade.

3.2.3 O ACS como personagem-chave na alimentação do SIAB

Carreno *et al.* (2015) e Lima, Corrêa e Oliveira (2012), dentre outros autores, ilustram a importância do SIAB como instrumento para o fornecimento de dados para avaliação em saúde na ABS, tendo a possibilidade de subsidiar melhores e mais precisas tomadas de decisões na área, implicando gestores, trabalhadores e comunidade neste processo. Contudo, a partir de estudos com ACS realizados pelos autores, houve a constatação de diversas dificuldades e fragilidades no processo da produção e utilização das informações do SIAB, continuando a existir necessidades de ajustes quanto à sua concepção e ao seu modo de operar, e que podem ser apresentadas resumidamente da seguinte maneira:

- Há evidências de dificuldades no reconhecimento de cada instrumento de coleta de dados do SIAB, além de dificuldades no preenchimento, nomeação e compreensão de variáveis, termos, siglas, patologias descritas nas fichas;
- A falta de supervisão sistemática do preenchimento das fichas, somadas à falta da capacitação adequada dos profissionais têm contribuição direta na baixa confiabilidade dos dados contidos no sistema pelos próprios profissionais;
- A falta de retorno das informações geradas a partir dos dados colhidos e preenchidos pelas eSF enviados às secretarias municipais de saúde, acaba por desmotivar alguns profissionais a realizarem corretamente o cadastro do SIAB;
- A falta de discussões e utilização das informações pelo restante da equipe, relacionada diretamente ao uso menos frequente do sistema por eles, faz com que haja pouca valorização das informações coletadas;
- A falta de padronização das anotações dos dados, muitas das vezes resultante das próprias limitações dos ACS em manusear o sistema, aponta para a falta de flexibilidade e limitação no registro de algumas condições de saúde referidas na ficha, e a ausência ou o insuficiente treinamento dos profissionais;
- A utilização de cadernos para a coleta de dados junto às comunidades, prática comum entre os profissionais, possibilita que haja a retirada dos dados que desconhecem ou julgam não ser importantes. Por outro lado complementam os dados com peculiaridades observadas numa “busca de adequação do instrumento de coleta de dados à realidade local” e como resolução de uma limitação do seu manuseio, em detrimento da falta de flexibilidade e limitação para o registro de algumas condições de saúde nas fichas.
- A supervisão, controle e análise da qualidade dos dados por parte das instâncias superiores por vezes é mínima, ou até mesmo inexistente;
- Há a necessidade da inclusão de indicadores específicos para as demandas de SM que possam contribuir para sua sistematização em nível territorial, aparecendo claras evidências quanto às dúvidas e dificuldades nos registros delas nas fichas do SIAB.

Muitos desses achados remetem à necessidade de uma política de educação permanente direcionada para estes profissionais, pondo ainda em questão a qualidade do

“Curso Introdutório” que deve ser fornecido aos ACS para sua atuação junto a ESF. Outros, para o fato da alimentação inadequada do sistema levar a inserção de dados incompatíveis com a realidade local, limitando e prejudicando o seu uso nos processos de avaliação das práticas em saúde, planejamento e execução.

A despeito das mudanças dos dados coletados feitas pelos ACS no momento do seu registro ou lançamento no sistema, elas poderiam servir de subsídios para reformulação das fichas e relatórios do SIAB de acordo com as reais necessidades existentes na comunidade e observadas pelos trabalhadores. Neste sentido, é importante a afirmação de Lima, Corrêa e Oliveira (2012, p.125) de que

O agente é morador da comunidade onde trabalha e o levantamento de dados e a produção de informação ocorre em contextos de relações contínuas e recontextualização da realidade das famílias, o que relativiza a existência de uma objetividade absoluta na captação dos dados. Ao contrário, a subjetividade está presente na história subjacente à informação, quantitativa ou qualitativa, com a qual a equipe trabalha. Tal fato é importante para o trabalho do PSF, pois a subjetividade do agente possibilita que se colem dados/informações que os instrumentos tradicionais muitas das vezes não permitem.

A obtenção de dados no SIAB com uma visão nacional prejudica a realização de uma programação local, elaborada a partir das informações regionais peculiares (LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012). Ademais, esta deveria ser uma característica de todos os SIS atendendo prerrogativas legais no setor saúde quanto à descentralização e à participação da comunidade na tomada de decisões político-administrativas nos municípios, bem como pelos estados e pela União, para o qual a produção, gerenciamento e divulgação de informações são elementos estratégicos. Porém, a maioria deles, concebidos antes mesmo do SUS e sem a participação das três instâncias de governo, produzem informações que serão utilizadas pelos governos federal ou estadual, sem garantir a participação local e não contemplando uma descentralização das informações capaz de atribuir maior autonomia aos municípios (BRANCO, 1996).

É possível que o modelo de informação em saúde que estamos utilizando, continue não atendendo a diretrizes importantes do SUS, como, por exemplo, a integralidade - não permitindo o cruzamento das informações através de uma integração dos SIS; a equidade - não fornecendo as condições adequadas para que as diferentes eSF, com suas diferentes necessidades estruturais, possam registrar os dados coletados no sistema de maneira equânime; a longitudinalidade - permitindo o acompanhamento do usuário no sistema de saúde por uma mesma equipe de referência. E, no sentido da descentralização é possível que

[...] a simples transposição de sistemas concebidos no plano federal para o âmbito estadual ou local, [...] não implica descentralização da informação. Trata-se, a rigor, de desconcentração da digitação, do processamento e do acesso aos dados. Afinal, está se levando para o âmbito local a concepção e prioridades definidas centralmente (BRANCO, 1996, p.268).

3.3 INDICADORES ESPECÍFICOS DA DEMANDA DE SM NA ABS

O fato do SIAB não possuir indicadores específicos para as demandas de saúde mental “mais comuns” também foi apontado por Souza e Luis (2012) como uma fragilidade que impede a sistematização das demandas específicas de saúde mental no território, apresentando-se como uma demanda urgente pelas equipes.

Segundo os autores,

[...] o SIAB tanto atua como balizador das ações como serve como pretexto para o “engessamento” da equipe em relação às especificidades locais. A ausência de um indicador do Sistema de Informação não pode ser uma justificativa para não sistematizar os cuidados a uma demanda específica, que é identificada no território (SOUZA; LUIS, 2012, p.856).

Recentemente o DAB/SAS/MS adotou em nível nacional como estratégia para reestruturar o registro das informações geradas na ABS o e-SUS AB, e instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), através da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Com a pretensão de atender aos diferentes cenários de informação e conectividade nos serviços de saúde, visando à substituição total do SIAB, traz a proposta de incrementar a gestão da informação, a automação dos processos, produzindo ainda melhorias de infraestrutura e dos processos de trabalho (BRASIL, 2014b). Um dos seus diferenciais estaria na possibilidade de utilização do sistema por todas as equipes da ABS, pelas equipes de NASF, do CnR, de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), bem como por profissionais que realizam ações no Programa de Saúde na Escola (PSE) e na Academia da Saúde. O e-SUS AB é composto por fichas de cadastro domiciliar, cadastro individual, ficha de procedimento individual e ficha de atendimento odontológico individual, contemplando assim a coleta de informações individualizadas, e não mais por meio do preenchimento de formulários consolidados.

Apesar de haver o reconhecimento do MS da necessidade de uma melhor qualificação da gestão da informação com fins de fundamentar a ampliação da qualidade de atendimento à população (BRASIL, 2014b), as modificações realizadas, que ainda estão em processo de

implantação e consolidação junto às equipes da ABS no país, a coleta das informações não padronizada nos diversos cenários de informatização e conectividade continuará a produzir fragilidades na utilização das informações do SISAB, deixando de conferir condições operacionais e funcionais para sua execução adequada. Ademais, os indicadores permaneceram inalterados, não modificando as questões de limitações nos registros e acompanhamentos sistemáticos dos casos de saúde mental no território de adscrição das equipes da ABS.

Outra questão que se apresenta é a da complexidade em se estabelecer indicadores avaliativos do cuidado em saúde mental na ABS. Segundo o MS (BRASIL, 2013), O *Caderno de Atenção Básica nº 34* foi elaborado com intenção de estimular e compartilhar conhecimentos acumulados em saúde mental na ABS. Contudo, a partir de uma leitura atenta, é possível identificar que as ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas apresentadas para instrumentalizar as ESF para o trabalho em saúde mental têm indicações especialmente voltadas para os ACS.

O documento traz a proposta de uma incorporação ou aprimoramento das competências de cuidado em saúde mental na prática diária dos profissionais, entendido como algo já presente nas práticas habituais, mas que precisam ter visibilidade no âmbito da ABS. A partir de suas proposições seria possível pensar em outros indicadores em saúde mental na ABS, que pudessem, em alguma medida, informar sobre:

- O primeiro acesso das pessoas em sofrimento psíquico ao sistema de saúde deveria se dar via ABS, por sua proximidade com o local onde as pessoas moram e facilidade de conhecer suas histórias de vida e seus vínculos comunitários.
- A coordenação do cuidado, elaborando, acompanhando e criando Projetos Terapêuticos Singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS, para um cuidado no sentido integral.
- O profissional da ESF se colocar como um interlocutor disposto e atento à fala do usuário, auxiliando-o no lidar com os sofrimentos cotidianos, comumente responsáveis por somatizações ou complicações clínicas.
- A partir do acolhimento, conhecer as demandas de saúde da população de seu território, tendo a possibilidade de criar recursos coletivos e individuais de cuidados

prioritários para o acompanhamento e suporte dos usuários, familiares e de sua comunidade.

- Realizar o diagnóstico situacional através do acolhimento empático e escuta cuidadosa que possa favorecer o vínculo com uma pessoa, família, grupo ou coletivo. Sendo importante identificar: as necessidades, demandas, vulnerabilidade e potencialidades de quem buscar ajuda.
- Definição de um *técnico de referência* para organização dos casos mais complexos de saúde mental, atribuindo-lhe responsabilidade de coordenação do PTS, suas tarefas, metas, prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, família, equipe de saúde e outros serviços/instâncias necessárias.
- Trabalhar com a família de pessoas que usam drogas na lógica de uma redução de danos, acolhendo e ofertando possibilidades de apoio ao seu sofrimento, inserindo-a em atividades coletivas, como em grupos de terapia comunitária.

De acordo com o documento, as famílias cadastradas e o diagnóstico de situação de saúde permitem que seja oferecida uma atenção diferenciada às famílias em situação de risco, vulnerabilidade e ou isolamento social. O primeiro passo neste sentido seria a instrumentalização dos ACS para:

- Identificação das pessoas e famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social, decorrentes do sofrimento psíquico intenso e do uso de álcool e outras drogas.
- Acolher de forma humanizada as famílias e suas demandas, responsabilizando-se, juntamente com os demais profissionais da ESF, pela condução da proposta terapêutica e na corresponsabilização das famílias por sua saúde.
- Promover o diálogo e troca de experiências com os demais profissionais nas reuniões, ampliando a discussão de situações de difícil manejo clínico com os CAPS, NASF ou equipes de SM, caso estejam presentes no município de atuação.
- Através das visitas domiciliares possibilitar que as pessoas e famílias em situação de risco sejam atendidas, identificando sinais e sintomas relacionados ao sofrimento mental de acordo com categorias diagnósticas e, quando necessário, encaminhar os

pacientes para serviços especializados, como o CAPS, CAPSi, ou outras unidades de acolhimento de crise no território.

- Pela possibilidade do acompanhamento longitudinal, e da proximidade com os usuários, auxiliar no diagnóstico precoce das psicoses, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial dos quadros de psicose.
- Realizar intervenções psicoeducacionais simples e intermediações de ações intersetoriais.

Drummond Jr. (2009) sinaliza que, embora os ACS não estejam preparados e nem motivados para atuar em saúde mental, na literatura é possível localizar estudos sobre diversas ações desenvolvidas efetivamente por ACS que podem ser consideradas do campo da saúde mental. Segundo o autor, há três ações que comumente são atribuídas a estes profissionais: a identificação de casos novos, supervisão de casos conhecidos (uso de medicação e alteração dos quadros), e encaminhamento aos profissionais de nível superior dos sujeitos que não estão inseridos em tratamentos ou estejam desestabilizados.

Os ACS, agindo assim, dedicariam aos casos do campo da saúde mental a mesma atenção a qual são treinados para dedicar para qualquer outro doente (ou em vias de adoecimento) em sua área de atuação: identificação, encaminhamento e acompanhamento através das visitas domiciliares (DRUMOND JR, 2009, p.48).

A visita domiciliar é reconhecida como uma das principais estratégias desenvolvidas enquanto intervenção em saúde mental, sendo realizadas mais frequentemente por ACS do que pelos demais profissionais da equipe, os quais assumiriam uma postura meramente técnica, enquanto os agentes teriam uma postura mais afetuosa e cordial durante a intervenção. Quanto à relação dos ACS com a identificação de casos, segundo Moreira e Amaral (2016, p.369), o ACS “mostrou-se como um agente diferenciado na ação de identificação dos casos de saúde mental”. Sua atuação facilitaria o acesso às pessoas em situação de isolamento social, abandono, ou até mesmo em cárcere privado.

Os ACS, dentre as categorias profissionais que compõem as eSF, destacam-se pelo contato com os sujeitos em sofrimento psíquico, segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007, p.2378), “demonstrando conhecimento dessa problemática na realidade e referindo habilidade de identificar os mesmos, sem que, necessariamente, tenham sido capazes de oferecer uma solução adequada para os mesmos”.

Com relação ao encaminhamento, segundo Moreira e Amaral (2016, p.371), “os ACS referem a prática do encaminhamento: a partir da demanda, esse pode ser feito para algum profissional do PSF, para serviços especializados em saúde mental ou para outro serviço da rede de saúde”.

Quanto a orientação e monitoramento do uso de medicamentos, a atuação do ACS seria semelhante as ações de rotina nos demais quadros de morbidade assistidos pela ESF. “Essa ação, porém, evidencia a concepção de ‘doença’ muito rapidamente atribuída ao sofrimento psíquico, apontando também para a difusão da perspectiva cultural de medicalização do cuidado em saúde mental” (MOREIRA; AMARAL, 2016, p.369). Segundo Souza *et al.* (2012), dentre as práticas mais citadas em uma pesquisa sobre experiências de ACS com pessoas em sofrimento psíquico estavam as “centradas na doença”, como acompanhamento de medicações e consultas.

4 CONSIDERAÇÕES ANALÍTICAS E PERCURSO METODOLÓGICO

O interesse pelo estudo teve origem a partir de minhas vivências como psicóloga em um CAPS infanto-juvenil e enquanto docente em um curso de formação técnica de Agentes Comunitários em Saúde. Nesse período, além da percepção da necessidade de uma ampliação do campo da atenção psicossocial por meio da implementação das ações de saúde mental na Atenção Básica em Saúde, havia um questionamento sobre as práticas do ACS no campo da saúde, bem como o lidar com as questões de saúde mental.

Na elaboração deste estudo não me iludo com a velha noção de produzir uma ciência neutra e verdadeira. Reconheço que a escolha do objeto de estudo vem de uma prática social, dos diálogos com sujeitos no campo da saúde, em especial da Saúde Mental. Quanto a isto, a afirmação de Mattos (2015b) corrobora para esse entendimento:

[...] a elaboração de um trabalho científico pode ser vista como uma construção de argumentos feita com a intenção de convencer um certo grupo de pessoas, certo auditório específico, a saber, a comunidade de cientistas à qual pertencemos (MATTOS, 2015b, p.37).

Portanto, na construção do objeto de pesquisa é necessário reconhecer que nossos valores muitas das vezes são utilizados. Todavia, é importante identificá-los, e a partir de um estranhamento, tornar possível uma crítica a um saber que já nos é familiar, por vezes adquirido de modo imediato e pelo senso comum. Ademais, “a ciência lida com objetos construídos de modo absolutamente proposital: com o propósito de responder a uma pergunta previamente formulada” (MATTOS, 2015b, p.46).

Quanto a isto, é possível deduzir que o objeto de estudo permanecerá inacabado, contraditório e em permanente mutação, como nos faz lembrar Minayo (2010) sobre a advertência de Lévi-Strauss de que numa “ciência onde observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte da observação”.

A metodologia, de acordo com Minayo (2010), é como uma amálgama que inclui o método, as técnicas e atributos do pesquisador. Pode-se definir como:

[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO, 2010, p.14).

Para desenvolver a pesquisa privilegiamos uma metodologia qualitativa, por considerar que esta incorpora as questões do significado e da intencionalidade como inerentes

aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo tomadas como construções humanas significativas (MINAYO, 2010). Encontramos nesta proposta uma possibilidade de apreensão da realidade estudada numa escolha metodológica que permite o reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

Recorremos à pesquisa teórica, bibliográfica, documental e descritiva, tendo como referencial a temática da Saúde Mental e da Estratégia de Saúde da Família. Para a revisão bibliográfica no presente estudo se considerou a produção brasileira, em língua portuguesa, sobre o tema da articulação da Saúde Mental com a Atenção Básica à Saúde. A pesquisa a partir, principalmente, dos periódicos nacionais ocorreu em função do objetivo de estudar especificamente a experiência brasileira neste sentido, podendo analisar as categorias estratégicas que podem subsidiar propostas de novos componentes pra avaliação das ações de saúde mental na atenção básica e que possam resultar numa intercessão entre a SM e a ABS.

O objetivo dela (revisão bibliográfica) é situar a perspectiva do estudo que pretendemos fazer [ou que realizamos] no contexto do debate existente na comunidade científica a qual pertencemos. Mas, no processo de elaboração de um trabalho, frequentemente a revisão bibliográfica permite um redesenho do estudo, sobretudo permite formular ou reformular as perguntas chaves do nosso estudo. Ela é um passo importante naquilo que alguns autores chamam de construção do objeto de estudo (MATTOS, 2015B, p.39).

Inicialmente, realizamos um levantamento e escolha do conteúdo bibliográfico na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Bireme) dos artigos científicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS), *Medical Literatura Analysis and Retrieval Systema Oline* (MedLine); e no portal *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizamos para busca dos artigos os termos: “Reforma Sanitária Brasileira”; “Movimento da Reforma Sanitária”; “Reforma Psiquiátrica”; “Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil”; “Saúde Mental”; “Atenção Básica em Saúde”; “Atenção Primária a Saúde”; “Estratégia de Saúde da Família”; “Agentes Comunitários de Saúde”; “Sistema de Informação em Saúde”; “SIAB”; “Sistemas de Informação de Atenção Básica”; “Indicadores de Saúde Mental na Atenção Básica”; “Avaliação em Saúde”.

O material bibliográfico em mídia impressa foi acessado, em partes, através da Biblioteca Emília Bustamante da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ, em acervo pessoal e/ou aquisição de exemplares no período da realização do estudo.

Foram selecionados e analisados, ainda, documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1986, 1990, 1998, 1999, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2009, 2010, 2011,

2012, 2013, 2014, 2015, 2016) que abordam a temática da Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional da ABS.

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2015 a agosto de 2016, foram acessados artigos e documentos publicados desde 1986, considerando-se o propósito de subsidiar a historicidade dos modelos e serviços implementados no campo da ABS e da SM. Alguns artigos, capítulos de livros e teses de mestrado e doutorado, foram incluídos a partir da análise do material bibliográfico levantado inicialmente, considerando os seguintes critérios: abordar a temática pesquisada, disponibilidade do texto na íntegra online e gratuitamente, em idioma português, publicados em periódicos nacionais e internacionais. Utilizamos os seguintes recursos para acesso aos textos completos: link disponível diretamente na base de dados selecionada, busca no portal do periódico de publicação do artigo, busca no portal Capes.

Para realizar a Análise de Conteúdo Temática, conforme Bardin (2009), organizamos o estudo a partir dos três polos propostos pela autora: a pré-análise; a exploração do material e; o tratamento dos resultados – inferência e interpretação.

Na pré-análise, o *corpus* a ser analisado foi constituído após a separação dos estudos a partir do tema escolhido e das questões norteadoras. A escolha pelo uso de materiais textuais como fontes de dados resulta da compreensão de que eles são fontes extraordinárias de dados complexos, e como afirma Bauer (2000), devem ser tomados como dados através da análise de conteúdo. Um mesmo documento pode servir a diversos e variados estudos, isto porque o registro textual permanece imutável, como uma fonte rica e estável de pesquisa por longos anos.

Além disso, como nos afirmam Shiroma, Garcia e Campos (2004), os textos nos permitem retomar histórias e perceber ao longo do tempo a transformação das ideias. Para as autoras, na abordagem de documentos oficiais, como as legislações, deverá considerá-los como um processo contínuo, cujo *locus* de poder está em mudança constantemente. Portanto, a análise do discurso elaborado em última instância pelos governantes poderá nos levar à compreensão da nossa estrutura social, de tudo que nos constitui, afeta e destrói.

A exploração do material se deu a partir da separação em temas centrais as unidades de análises a serem utilizadas: o surgimento e características do movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileiros; a ESF e os CAPS como elementos contemporâneos da política pública para a reestruturação dos modelos de atenção à saúde e a

implementação destes serviços no Brasil; a formação e atuação dos ACS e; os Sistemas de Informação em Saúde e na ABS - estruturação, coleta e composição dos indicadores de SM.

Reconhecendo a ABS como um serviço potente para a ampliação do campo da Atenção Psicossocial, podemos fazer alguns questionamentos: como tem ocorrido a implementação de políticas de SM na ABS, especialmente com relação às ações de SM na ABS? O resultado de uma possível intercessão das ações dos CAPS com a ESF produz indicadores implicados no monitoramento das ações e metas em saúde mental? Quais indicadores identificados seriam importantes na produção de novas formas de cuidado e tecnologias de atenção em saúde, propiciando mudanças no sentido da desinstitucionalização? E, como a existência destes indicadores pode implicar na transformação do trabalho dos ACS?

Considerando que a avaliação constitui um instrumento importante para a gestão e práticas de saúde, a fim de possibilitar o diagnóstico das condições de saúde, traçar metas e viabilizar mudanças e implementações a partir dos seus resultados para melhoria da qualidade da atenção prestada à população (CRUZ; SANTOS, 2007; FERLA *et al.*, 2016; TANAKA; TAMAKI, 2012), a preocupação com a avaliação a partir dos indicadores existentes de saúde mental toma centralidade no estudo. Neste sentido, buscou-se identificar quais são os indicadores de SM contemplados pelos SIS e pelo PMAQ-AB e o modo como eles têm sido utilizados para qualificar a informação sobre a atuação das equipes no cuidado em SM, atendendo à finalidade de apontar as diretrizes da política que orientam o campo, sendo capazes de substituir e criar novas práticas para atender efetivamente às demandas de SM na ESF.

Como referencial teórico para abordar as questões das ações de Saúde Mental na Atenção Básica tomamos como base os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileiras, sob a temática da Saúde Mental, Estratégia de Saúde da Família e Atenção Psicossocial, buscando suas interfaces.

5 DISCUSSÃO

Para realizar o estudo buscando a interface dos temas da Saúde Mental, Estratégia da Saúde da Família e Atenção Psicossocial foi utilizado como referencial teórico os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Partimos de um breve relato sobre a história do Movimento da Reforma Sanitária, como um movimento social que viabilizou mudanças na política pública de saúde no país, possibilitando a implementação de políticas como a da ABS, incluindo a adoção da Estratégia de Saúde da Família, e da política de Saúde Mental, surgida a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

As últimas décadas têm sido marcadas pelo ordenamento jurídico-político brasileiro. Sustentado por uma nova visão de democracia, com progressiva institucionalização e luta por direitos humanos, e regido pela Constituição Federal de 1988. Segundo Pitta, Coutinho e Rocha (2015), melhores condições de vida aos mais necessitados têm sido promovidas pelo Estado, direta ou indiretamente, enquanto direitos sociais. Neste contexto, foram iniciados importantes debates sobre os modelos de atenção à saúde vigentes no país, trazendo à tona possibilidades de inserção de novos questionamentos do direito à cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico e dos usuários de drogas, visto estar incluído no princípio da equidade a “disposição de um atender igualmente o direito à cidadania para os ‘diferentes’ e ‘para todos’” (PITTA; COUTINHO; ROCHA, 2015, p.761).

A partir da criação do SUS, pautado na ampliação do direito universal à saúde e considerando o processo social subjacente ao conceito de saúde, a Reforma Psiquiátrica encontrou as condições institucionais favoráveis para a ampliação e diversificação assistencial no campo da saúde mental (SOUZA, 2015), tornando premente a consolidação de uma rede de atenção integral aos sujeitos em sofrimento psíquico e suas famílias.

5.1 NOVAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: EM BUSCA DA INTERCESSÃO ENTRE OS CAPS E A ESF

Nas propostas da Reforma Psiquiátrica as modificações não estão restritas apenas ao fechamento do hospital psiquiátrico. Elas visam uma transformação radical do modelo de assistência ao sujeito em sofrimento psíquico através da implementação de uma rede

substitutiva, de base territorial e comunitária, que tomando como recurso a articulação com outros serviços do setor saúde e para além dele, seja produtora de uma atenção atenta às diferentes necessidades de saúde dos sujeitos, atue na direção de desinstitucionalização e que seja capaz de assegurar seus direitos à saúde e ao desenvolvimento da autonomia. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica configura um movimento que visa transformações mais amplas, abarcando as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural (AMARANTE, 2012).

Os avanços na Política Nacional de Saúde Mental ao longo dos últimos anos são notórios e precisam ser reconhecidos, ainda que tenhamos que admitir continuar necessário caminhar permanentemente, sem permitir retrocessos, na direção de novas conquistas para nossos usuários, para trabalhadores e para serviços da rede de Atenção Psicossocial. De acordo com os apontamentos de Souza e Rivera (2010), o que se viu no bojo desta luta foi a proposta da invenção de um novo agir em saúde mental, sustentada pela articulação do movimento com as universidades, com trabalhadores técnicos e gestores, com a sociedade civil, com as políticas mais autônomas e com as institucionalizadas.

Num contexto de grande disputa ideológica e política capaz de gerar intensas dificuldades e desafios para a implementação efetiva da Reforma Psiquiátrica foram criadas leis, portarias e normatizações que viabilizaram a elaboração de novas políticas para o campo da SM. Um exemplo desta disputa, apontada por Amarante (2012), está na demora da aprovação do projeto de lei que resultou na Lei Federal 10.216/01 (BRASIL, 2004), aprovada após longos 12 anos de tramitação, tendo como condição para aprovação a admissão do funcionamento do hospital psiquiátrico juntamente com os novos serviços, denominados substitutivos. Apesar do posicionamento da RP quanto às instituições asilares, tal disputa põe em risco avanços e fomenta retrocessos, promovendo a inclusão das Comunidades Terapêuticas na composição da RAPS, instituída por portaria do MS, como estratégia para cuidado das pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, apesar dos protestos e emissões de notas técnicas contrárias às suas práticas elaboradas por gestores do setor saúde e representantes da sociedade civil organizada.

A proposta da criação de um modelo de atenção contra hegemônico, não mais pautado na doença, mas no cuidado do sujeito em sofrimento, visa o compromisso dos serviços, trabalhadores e gestores, e da comunidade de romper com práticas de exclusão e segregação realizadas durante séculos no Brasil. Tornando necessária a promoção do cuidado com

humanidade e respeito, realizado a partir de estratégias criadas para atender os usuários de saúde mental em consonância com os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Para tal, há o imperativo de realizar investimentos financeiros para a implementação de serviços como os CAPS, SRT, UHG, Centros de Convivência, Oficinas de geração de renda, inclusão das ações de saúde mental na ABS, etc.

Contudo, precisamos nos manter atentos quanto ao fato de que a criação de novos serviços denominados “substitutivos” não configuram garantias de modificações efetivas na atenção em saúde mental. Neste sentido, é preciso insistir e resistir na direção da RP para que haja uma transformação real nas práticas de cuidado, no acolhimento, na escuta, no estímulo à autonomia e corresponsabilização do sujeito em sofrimento e de sua família.

A ampliação expressiva do número de CAPS, bem como de outros serviços, em todo o território nacional, é notória e representa uma conquista dos novos rumos para o modelo de atenção em saúde mental que temos trabalhado para instituir. Porém, segundo apontam Pitta, Coutinho e Rocha (2015) e Souza (2015), esta ampliação não se deu em número suficiente para substituir o hospital psiquiátrico, fazendo com que este último ainda seja o único recurso disponível para atender à população em alguns municípios. Ademais, mesmo os serviços substitutivos podem reproduzir o modo asilar, deixando de realizar ações para além de seus muros, não acessando recursos nos seus territórios e comunidades, excluindo e segregando os usuários através de práticas equânimes a outrora nos espaços do manicômio.

Delgado e Leal (2007) alertam para a importância de estarmos atentos a tais práticas, para que seja possível atuar de modo contrário as ações que pretendemos combater e superar. Para tal, no dia-a-dia, faz-se necessária a invenção de novas práticas de funcionamento, de organização e articulação com a cidade. O trabalho precisa se basear no tripé “rede, clínica e cotidiano” para se tornar um instrumento eficaz da desinstitucionalização. Porém, ainda vemos muitos dos usuários que frequentam os CAPS reproduzirem as marcas do asilamento através de relacionamento aparentemente vazio e empobrecido com o mundo e seus pares, mesmo sem ter vivenciado as experiências de isolamento das internações psiquiátricas de longa permanência, é possível constatar que alguns serviços têm reproduzido o asilo, sem se darem conta da necessidade de enfrentar essa dimensão da institucionalização em seu fazer cotidiano.

Segundo Pitta (2015), frente aos desafios atuais de cuidado com os sujeitos em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a

RP segue avançando na defesa de ações efetivas em rede na ABS e através de ações intersetoriais de inclusão social dos usuários em outros setores. O sucesso das mudanças no modelo de assistência em SM estaria na percepção da necessidade de construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência das pessoas em seus territórios, sem produzir respostas asilo-confinante.

De modo semelhante, Souza (2004; 2015) também considera que a ampliação das redes e do campo de ação da SM apresenta-se como uma possibilidade de construção de novas práticas de cuidado para o sujeito em sofrimento psíquico e para os usuários de drogas, sendo imperativa uma reflexão sobre a inclusão das ações de saúde mental na ABS, atendendo, dentre outros princípios, o da integralidade do SUS.

Encontramos uma possibilidade potente de transformação e inovação no campo da SM a partir de sua articulação com a ABS. Há nela uma aposta de que a intercessão dos princípios norteadores dos CAPS com os da ESF seja produzida enquanto uma “relação de perturbação, e não de troca de conteúdos” (PASSOS; BARROS, 2000, p.77), capaz de ser uma interferência que produza desestabilização de lugares e condições até então cristalizados.

Dentre os vários estudos acessados pela pesquisa, há registros de experiências bem sucedidas de inclusão de ações de SM na AB, sobretudo com relação à estratégia do matriciamento junto às ESF. Contudo, a inclusão das ações de saúde mental na ABS continua sendo um desafio, visto que ela ocorre de modo e número bastante reduzidos (SOUZA, 2015).

Apesar da SM e ABS, como serviços estratégicos para a reorientação de modelos assistenciais em saúde, atuarem com princípios comuns voltados para a melhoria da qualidade de vida da população, com direcionamento para as famílias, com centralidade nas práticas comunitárias, e atuarem também sob a noção de território e co-responsabilização pelo cuidado, não ocorreram avanços satisfatórios no sentido de uma reversão total na maneira da ABS lidar com as questões de SM.

Há uma lacuna entre o que se pretende com as diretrizes da atual PNSM e o que pode ser observado na realidade dos serviços de atenção básica. Com relação ao que foi formulado a partir da RP, pode-se questionar se há uma contribuição da assistência prestada ao sujeito em sofrimento psíquico, no sentido de promover sua reinserção social, ausência de atribuição de estigmas e seu cuidado efetivo. Contrariamente ao que pretendem as propostas da política de SM, as ações da ABS têm se limitado a medicalização do sujeito, sem criar vínculos e/ou

oferecer a ele uma escuta diferenciada, e a identificação dos casos de saúde mental apenas como monitoramento de uma área estratégica recentemente incluída na PNAB.

Com base na revisão bibliográfica de artigos que foram elaborados a partir de pesquisas, em sua maioria de abordagem qualitativa, da área de SM articulada à ABS, foi possível identificar, como fez Pôrto (2012), algumas dimensões importantes sobre as ações de SM na ABS, dentre elas destacamos:

1) *Identificação da Demanda* - Diversos estudos apontaram que os profissionais da ESF relatam um número menor de situações de saúde mental atendidas pelas equipes do que a quantidade que se pode observar no trabalho de campo. A “invisibilidade” dos casos estaria ligada ao sentimento de incompetência de grande parte dos profissionais para o diagnóstico e atuação em SM (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SOUZA; LUIS, 2012), e com relação às situações de subdiagnóstico, muitas das vezes encobertas pela medicalização de forma acrítica e pouco problematizada (MOREIRA; AMARAL, 2016; NUNES, TORRENTÉ, LANDIM, 2016).

Outra situação referida seria a falta de relato de casos de sofrimento psíquico pelas famílias durante o cadastramento pela eSF, bem como os casos de abuso de drogas, muitas vezes por receio da família do enfrentamento do estigma, da moralização e exclusão social.

Segundo Moreira e Amaral (2016), antes da implantação de estratégias de articulação e matriciamento da ABS, como os NASF, não havia por parte de muitas equipes o reconhecimento da responsabilidade sobre a demanda de saúde mental. A questão da seleção dos usuários que teriam perfis para atendimento no CAPS e aqueles para atendimento na ABS, considerando os níveis de “gravidade” e de “atenção”, pouco contribuem para a apropriação do conceito de co-responsabilidade e de integração entre as ações e serviços a partir da elaboração de projetos terapêuticos, por diversas vezes gerando desassistência aos seus usuários (NUNES; TORRENTÉ; LANDIN, 2016; PÔRTO, 2012; SOUZA, 2015).

A ABS, segundo Starfield (2002), corre o risco de omissão na identificação dos casos de saúde mental. Contudo, é preciso considerar que muitos diagnósticos não serão definidos de acordo com as classificações tradicionais, sendo preciso “tolerar a ambiguidade”. Logo, os usuários podem expressar de modo diferenciado seu sofrimento na ABS, muitas das vezes expressos em sintomas médicos não explicáveis, e que demandam tomar a prática da

abordagem psicossocial na ressignificação do processo saúde-doença, não limitada ao aparato assistencial e que estende sua intervenção política junto à sociedade (PÔRTO, 2012).

2) *Acesso aos cuidados de SM na ABS* – Embora a ABS tenha como característica ser o primeiro contato da população para o sistema de saúde (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2012; STARFIELD, 2002), a ampliação do acesso neste nível para o sujeito em sofrimento psíquico ainda constitui um desafio.

Tomando como conceito de acesso a obtenção dos cuidados que o usuário necessita (PÔRTO, 2012), e considerando o conhecimento sobre a magnitude epistemológica dos casos de saúde mental que buscam atendimento na ABS (LYRA, 2007; WENCESLAU; ORTEGA, 2015), diversas barreiras ainda impõem dificuldades no acesso à atenção básica dos sujeitos em sofrimento psíquico: a atenção em saúde centrada no modelo biomédico fazendo com que haja um subdimensionamento no processo saúde-doença dos aspectos psíquicos (PÔRTO, 2012; SOUZA, 2015), o estigma da periculosidade e a necessidade de isolamento para o tratamento adequado do sujeito em sofrimento psíquico, o discurso da não formação e especialismo para o atendimento em saúde mental (DRUMMOND JR., 2009; MOREIRA; AMARAL, 2016; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007); a exigência de se ter respostas quando há registros da ocorrência da situação de saúde mental.

O desenvolvimento das ações em SM na ABS, de acordo com Nunes, Torrenté e Landim (2016), carece de estratégias claras e complexas para sua efetivação. Mesmo estando presente nos documentos produzidos recentemente pelo MS para a atuação da ABS na atenção em SM, historicamente, não se observou uma requisição formal e legítima no âmbito da gestão nesse sentido, o que teria resultado numa tendência de mantê-la como algo indesejado, desvalorizado e marginalizado, mantendo-se “seletiva” concentrando esforços para atender as demais áreas de atenção prioritária.

3) *Formação em SM na ABS* – nos estudos pesquisados o tema da falta e/ou insuficiência da capacitação das eSF para atuar em saúde mental foi recorrente. O apoio matricial foi apontado como a estratégia que tem grande importância para o fortalecimento do vínculo e da qualificação do acolhimento junto às ESF, potencializando o trabalho no sentido da produção de saúde (CARVALHO, 2014; FORTES *et al.*, 2014; SOUZA, 2004; 2015; SOUZA *et al.*, 2012; WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Outra questão apontada é a necessidade de uma avaliação das práticas de formação promovidas pelo MS frequentemente identificadas como fragmentadas e sem integração adequadas com os programas e áreas

programáticas, muitas vezes promovidas em cursos rápidos e extremamente pontuais (NUNES; JUCÁ, VALENTIM, 2007). Além de estarem presentes apontamentos de que a falta de capacidade para lidar com as questões de saúde mental leva ao sofrimento e adoecimento dos profissionais (SOUZA; LUIS, 2012; MOREIRA; AMARAL, 2016).

A inclusão das ações de SM na ABS se constitui como necessidade ético-política (SOUZA, 2015) que precisa estar compromissada com a PNSM e com um modo de atuação que traga garantias à integralidade das ações, à longitudinalidade e à coordenação dos cuidados em rede para o sujeito em sofrimento psíquico. O que não significa a intenção de retirar o CAPS do lugar de ordenador da rede, tendo em vista a complexidade dos casos que procuram ajuda na rede de atenção psicossocial (NUNES; JUCÁ; LANDIM, 2016).

Além disto, o contexto atual se mostra bastante propício às mudanças do processo de trabalho e nas práticas clínicas pelas eSF por haver diretrizes do MS voltadas para a inserção das ações de SM na ABS, principalmente com relação à institucionalização do apoio matricial. Contudo, é preciso ampliar esforços para uma política de formação e de educação permanente mais adequada para o desenvolvimento das atribuições da ABS em SM, priorizando uma política de recursos humanos que possa garantir o trabalho das equipes junto à população de modo que o cuidado seja longitudinal, possibilitando o estabelecimento de vínculos e intervenções que se propõem a escuta e inclusão do sujeito em sofrimento nas decisões de sua direção clínica.

5.2 INDICADORES NO SIAB: COMO SE CONTAM AS AÇÕES DE SM NA ABS

De acordo com Rivera e Souza (2010), Souza (2015), Wenceslau e Ortega (2015) as diretrizes para a inclusão das ações de SM na ABS apontam para três estratégias principais propostas pela MS: apoio matricial da SM às equipes de ABS; formação diferenciada para os profissionais da ABS; inclusão de indicadores de SM no SIAB.

Muitas vezes, a avaliação em saúde a partir dos SIS existentes no Brasil tem servido mais ao sistema de saúde instituído pelo Estado do que aos usuários e trabalhadores do setor, estando intensamente vinculada à instrumentalização dos governos como objeto de legitimação de políticas e programas de saúde (CRUZ, 2015). Embora também tenhamos que considerar que uma melhor estruturação dos SIS fosse necessária para trazer contribuições

para consolidar o SUS (SILVA; LAPREGA, 2005) e reconhecer que o processo de institucionalização da avaliação na atenção básica tem avançado a partir da ESF, no sentido de criar uma cultura de avaliação em saúde (FERLA *et al.*, 2016).

Como afirmamos anteriormente, é possível encontrar a coexistência das cinco gerações de avaliação no sistema de saúde do país (HARTZ, 2009), tendo como exemplo os dados disponibilizados pelo DATASUS. A partir dos SIS, alimentados pelos registros realizados nos serviços de saúde, é apresentada uma quantificação de produtividade, de diagnósticos, de coberturas. Porém, como advertem Camargo Jr., Coeli e Moreno (2007), por uma apropriação burocrática da produção de informações em saúde, muitas vezes o que ocorre é um processo de alienação do trabalhador que nem sempre sabe o que será gerado a partir dos dados coletados, chegando a comprometer a produção e o uso das informações.

Precisamos retomar ainda à ideia de que o indicador, assim como a informação, tem uma relevância técnica e política servindo como instrumento para dar sentidos aos sujeitos e aos cuidados em saúde (MATTA; MORENO, 2014). O uso dos dados oferecidos por um sistema de informação, mesmo que atendendo a uma multiplicidade de interesses, precisa servir para apreender mudanças desejáveis na situação de saúde e no cotidiano da atenção (FELISBETO, 2004).

Pode-se verificar que, mesmo o SIAB representando a possibilidade de um melhor conhecimento das condições de saúde da população que recebe atendimento pela ESF, configurando-se como fonte potente de dados para o diagnóstico de saúde em diferentes territórios e populações (BRASIL, 2012; SILVA; LAPREGA, 2005; CARRENO *et al.*, 2015; LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012), quanto aos indicadores da saúde mental ele apresenta uma insuficiência de dados para uma avaliação mais qualificada das ações realizadas pelas equipes da ESF.

Com uma proposta de incremento da gestão da informação, automação dos processos, de melhoria de infraestrutura e dos processos de trabalho (BRASIL, 2014b), o DAB/SAS/MS adotou e-SUS e SISAB como uma nova estratégia para o registro e coletas das informações na ABS. Contudo, apesar de possibilitar registros de diferentes equipes da ABS e o cadastramento individualizado dos procedimentos e atendimento realizados, esse novo sistema não promove modificações significativas quanto à questão da identificação e do acompanhamento sistemático dos casos de saúde mental.

Atualmente os indicadores de SM inseridos no SISAB (os mesmos contidos no SIAB) são: *proporção de atendimentos de SM exceto usuários de álcool e outras drogas; proporção de atendimentos de usuário de álcool; proporção de atendimentos de usuários de drogas; taxa de prevalência de alcoolismo.*

Os dados fornecidos pelo SIAB são incipientes e inespecíficos, ademais, a falta de flexibilidade e limitação do registro dos dados não promove um registro mais sistemático e longitudinal das ações e atendimentos realizados com o sujeito em sofrimento psíquico. Os dados de cobertura de saúde mental na ABS, que na prática são utilizados para monitoramento, não possibilitam estabelecer a dimensão do cuidado em saúde mental neste nível de atenção.

Conforme apontaram Lima, Corrêa e Oliveira (2012) num estudo que buscou identificar situações-problema enfrentadas pelos ACS no trabalho com as fichas do SIAB, há relatos de que cadernos de anotações foram incorporados ao uso diário na coleta de dados pelos profissionais, que chegam a verbalizar que “as anotações dos cadernos são mais completas que a própria ficha do SIAB” (LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012, p.125). Demonstram assim buscar uma adequação do instrumento de coleta de dados à realidade local, negando um modelo de coleta de dados rígido e universal. Os autores apontam ainda que as mudanças que os ACS já efetuam na coleta de dados do SIAB, deveriam subsidiar uma reformulação das fichas desse sistema para atender às necessidades reais dos trabalhadores e da comunidade.

Para além das limitações existentes no SIAB, e até mesmo as observadas no e-SUS ABS e no SISAB, talvez tenhamos que considerar que devido à sutileza do trabalho em saúde mental não avançamos no estabelecimento de indicadores que sejam sensíveis a ele e que possam ser utilizados em ampla escala, a fim de contemplar efetivamente a avaliação de uma relação de cuidado em saúde mental e suas produções.

Os estudos pesquisados possibilitaram ainda a constatação de que os ACS são os profissionais que mais utilizam o SIAB, sendo os grandes responsáveis pela coleta de dados, preenchimento das fichas de cadastramento e acompanhamento das famílias através das visitas domiciliares. E que, na grande maioria dos municípios, são estes profissionais também responsáveis pelo registro dos dados no sistema a fim de que seja executada a consolidação das informações. Porém, muitos apontaram para a dificuldade e fragilidade no processo de produção de informações no SIAB, tanto na questão do manuseio das fichas, quanto na

identificação dos casos de saúde mental no território, sugerindo que sejam realizadas modificações quanto à sua concepção e operacionalidade (CARRENO *et al.*, 2015; LIMA; CORRÊA, OLIVEIRA, 2012).

Segundo Felisberto (2004), uma concepção mais ampliada de avaliação precisa ser institucionalizada, sem ser naturalizada, para promover processos sistemáticos e com melhores estruturas, capazes de abranger diversas dimensões da gestão, do cuidado e de impacto sobre o diagnóstico de saúde da população.

Neste sentido, de acordo com a revisão da literatura realizada no presente estudo, considerando as dimensões identificadas nela, torna-se importante que os indicadores de SM na ABS sejam capazes de nortear a avaliação em saúde comprometida com a tomada de decisão e construção de políticas em consonância com os princípios do SUS, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Além de indicadores quantitativos, é importante a inclusão de indicadores qualitativos para subsidiar a avaliação da prática e dinâmicas das ESF no cuidado em saúde mental, permitindo uma dimensão mais completa nesse tipo de atenção.

Diversos estudos acessados pela pesquisa apontam grande preocupação com a questão da garantia dos direitos à saúde e sociais dos sujeitos em sofrimento psíquico, e fomentam interesse pelas condições de acesso e da assistência em SM pela ABS. Assim, acreditamos ser relevante que os indicadores para avaliação da SM na ABS sejam produtores de dados capazes de gerar informações quanto ao acesso e à efetividade dos cuidados dos sujeitos em sofrimento psíquico neste nível de atenção, embora seja certo afirmar que indicadores não possuem a capacidade de contemplar a totalidade multidimensional das características das ações em SM.

5.3 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: AGENTES DE SAÚDE MENTAL NA ABS?

Dentre os estudos que abordam a inclusão de ações de SM na ABS, os ACS também são os profissionais que mais se destacam no contato com os sujeitos em sofrimento psíquico e sua família (NUNES, 2016; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; MOREIRA; AMARAL, 2016). Mas que, apesar de referirem certa habilidade para identificar e lidar com estes casos, os ACS reconhecem debilidades em sua formação para lidar com a situação.

Para Drummond Jr. (2009), embora seja possível constatar que há diretrizes da política pública de saúde para a inserção de cuidados em SM na ESF, as condições para sua efetivação não podem ser atribuídas especificamente a participação do ACS. Contudo, diversas experiências vêm sendo construídas diariamente com a participação dos ACS junto às equipes, embora o autor considere que o mesmo não está nem preparado, nem motivado, no sentido de uma orientação, para atuar em SM.

Desde o princípio da configuração do trabalho dos ACS no setor saúde, sua atuação agrega um papel estratégico para a construção de um elo entre a ESF e a comunidade e importantes novas práticas em saúde. Segundo Nunes, Torrenté e Landim (2016), os ACS é detentor de um “conhecimento distinto” sobre a comunidade que atendem, adquirido pela familiaridade com a vida das pessoas e a proximidade com elas, o que muitas vezes resulta num maior interesse sobre suas realidades. Ademais, o desejo de minorar situações de sofrimento que eles acompanham de perto e movidos por uma implicação ética com a comunidade, são impelidos a criar um senso prático e agir na busca de conhecimentos para atuar nas mais diversas situações, em especial, nos problemas de saúde mental.

Barros, Chagas e Dias (2009) apontam haver um trabalho com interesse dos ACS em atuar e promover saúde mental através da inserção social articulada ao envolvimento da família, embora não haja, muitas das vezes, uma referência expressa à Reforma Psiquiátrica. De acordo com Nunes (2016), a investigação de uma experiência de matriciamento possibilitou verificar que os ACS são ótimos informantes-chave de modo especial para revelar o perfil de morbidade em saúde mental; na caracterização sociocultural dessas pessoas no território adscrito; no mapeamento da rede de atenção acessada no seu cuidado; e na qualidade da oferta de atendimento.

O trabalho do ACS pode ser descrito, de forma generalizada, do seguinte modo: realiza visitas domiciliares atendendo às famílias em sua área adscrita visando identificar as condições de saúde; encaminhar os casos de adoecimento identificados para o atendimento com o profissional de formação de nível superior da eSF; realizar o acompanhamento dos casos graves, crônicos de morbidade, realizando orientações ao sujeito e à família sobre o tratamento indicado; atuar em ações de educação em saúde junto à comunidade para promover mudanças de hábitos de riscos à saúde; orientar as famílias quanto ao cuidado de pessoas adoecidas; e estimular a organização comunitária (DRUMMOND JR., 2009; MOREIRA; AMARAL, 2016; MOROSINI, 2010).

As visitas domiciliares, em sua maioria realizada pelos ACS, podem ser entendidas como uma estratégia para a intervenção em saúde mental, permitindo a aproximação e vinculação dos profissionais com os usuários e familiares. Através do contato frequente realizado via visitas domiciliares o ACS faz o monitoramento e, muitas vezes, intervém nos casos de saúde mental. Além de criar possibilidades também para que ocorram as identificações dos casos de sofrimento psíquico e uso de drogas no território adscrito. A atuação dos ACS lhes permite conhecer detalhes sobre a comunidade que muitas vezes escapam à percepção dos demais profissionais da eSF (MOREIRA; AMARAL, 2016).

O monitoramento e orientação quanto ao uso de medicamentos é outra ação que aparece na rotina do trabalho dos ACS, tanto para os casos de saúde mental quanto para os demais quadros assistidos pela ESF. Apesar de ser uma proposta de reorganização da ABS, regida pelos princípios da integralidade e humanização, a medicalização do sujeito ainda é a única via encontrada pela ESF como suporte em saúde mental, uma prática amparada no modelo biomédico, onde inexistente a possibilidade real da discussão sobre a gestão autônoma da medicação (MOREIRA; AMARAL, 2016). Em diversas situações, o ACS fica responsável pela administração em domicílio, ou mesmo na unidade, da medicação prescrita.

Outra prática comum referida pelos ACS é a do encaminhamento dos casos de sofrimento psíquico e uso de drogas para atendimento com profissionais da eSF e/ou para os serviços de atenção especializada, como os CAPS, ou para outros serviços da rede de atenção de saúde. Tal ação evidenciaria o avanço do olhar integral para os sujeitos em sofrimento psíquico, buscando atender suas demandas de cuidado integralmente.

Embora não haja uma sistematização explícita na política vigente sobre as ações do ACS no campo da SM (DRUMMOND JR., 2009; MOREIRA; AMARAL, 2016), sua atuação é construída no cotidiano, na escuta atenta às vivências dos usuários e familiares, na busca e tentativa de criar laços com a comunidade – o que poderia ser qualificado como uso da *tecnologia leve*, segundo as categorias utilizadas por Merhy e Onocko (2007) para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde¹⁴. Sendo necessário ainda o fortalecimento de uma política

¹⁴Mehry e Onocko (2007) utilizam de três categorias para tipificar as tecnologias de trabalho em saúde: *tecnologias duras* - inscritas nas máquinas, instrumentos, normas, as quais têm seus produtos programados *a priori*; *tecnologias leve-duras* - se refeririam ao conhecimento técnico, sendo também compostas por elementos já estruturados (duros), mas aplicadas pelo trabalhador através de seu “jeito-próprio” (leve), onde estaria a interferência do profissional, que dá seu tom singular; *tecnologias leves* – dizem respeito às relações produzidas em um “trabalho vivo em ato”, e que se demonstram fundamentais na produção do cuidado.

efetiva de formação continuada, priorizando o envolvimento das equipes de SM com as da ABS, que vem sendo implementada através do apoio matricial.

Além das atividades já mencionadas, os ACS são responsáveis pelo cadastramento e registros sobre as informações de atendimentos das famílias e indivíduos no SIAB. Segundo Lima, Corrêa e Oliveira (2012), os ACS relataram dificuldades no trabalho e manejo dos instrumentos do SIAB, apontando para um processo de qualificação ainda desestruturado, fragmentado, e na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver competências necessárias para o desempenho adequado de suas funções, bem mais complexas e abrangentes após a implantação da ESF.

Contudo, suas percepções acerca dos instrumentos de coleta de dados do SIAB apontam para a falta de flexibilização e limitação no registro de condições de saúde, incluindo as referentes a saúde mental, levando a prática do uso de outros recursos para contemplar as informações que considera ser importante registrar. Os “cadernos de anotação” ou “diários de campo” utilizados pelos ACS têm o potencial de gerar ações para a adequação das fichas e relatórios do SIAB de acordo com as necessidades reais do serviço, dos trabalhadores e da comunidade (LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012).

O SIAB não permite um dimensionamento e diagnóstico da demanda de SM na ABS, tampouco colabora para criar condições para o aprimoramento ou incorporação de competências de cuidado na prática dos ACS, nem dos demais profissionais da eSF. Neste sentido, é preciso considerar inadequadas as proposições para instrumentalizar os ACS para realizar o diagnóstico de problemas de saúde mental, identificar demandas para encaminhamentos à atenção especializadas e articular ações com outros pontos da rede de atenção, sem incluir os demais profissionais da eSF neste processo.

Moreira e Amaral (2016), dentre outros autores, advertem para a dificuldade das eSF se responsabilizarem pelo acompanhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico na área adscrita, sendo delegada esta função, frequentemente, aos ACS. De modo que não ocorra uma multitarefação e sobrecarga do ACS no sentido de uma responsabilização pelo acolhimento dos sujeitos e famílias em risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social decorrentes do sofrimento psíquico e do uso de álcool. Faz-se necessária a inclusão e capacitação de toda a eSF para um suporte compartilhado entre os seus profissionais, com as equipes dos CAPS e de apoio matricial, criando espaços de produção conjunta, a fim de criar condições para um

trabalho de melhor qualidade no acompanhamento das situações de SM na ABS, intensificando a aproximação e os diálogos com toda a RAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo começou a tomar determinada forma a partir da mistura de conteúdos teóricos acessados antes mesmo do seu planejamento com questionamentos surgidos a partir da minha prática como psicóloga atuante no campo da Saúde Mental e como docente em cursos de graduação e formação profissional de nível técnico.

Ao retomarmos a algumas ideias de Mattos (2015) sobre os caminhos da pesquisa, entendemos que a apropriação reflexiva, guiada pelo propósito de responder a algumas questões, e contingente, sem planejar previamente os encontros com os diversos autores pesquisados, foi o que nos permitiu adotar procedimentos coerentes com a trajetória da construção do nosso objeto. Decerto, uma inquietação mais geral me aproximou do tema. Contudo, ao delimitar o objeto do estudo e lançar perguntas sobre ele já havia se iniciado a busca por respostas.

Minhas experiências profissionais me levaram ao interesse por compreender como têm ocorrido as ações de Saúde Mental e de Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde, produzindo interesses pelos princípios que norteiam as práticas em ambos os campos e suas convergências. Neste sentido, o estudo apresentou o Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica como determinantes para o início da implantação do processo de reforma do sistema de saúde no Brasil e de como suas contribuições tornaram possíveis a implementação de novas estratégias para a reestruturação do modelo de atenção à saúde da população que passou a ter o direito de acesso universal e equânime aos serviços de saúde, que precisam atuar na direção de fortalecer e aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde. Apesar dos avanços percebidos a partir das reformas no sistema de saúde, foi possível verificar que ainda são intensas as disputas ideológicas que produzem na política momentos de rupturas e descontinuidade.

Pode-se constatar ainda que, apesar da ESF e dos CAPS serem processos contemporâneos que pretendem contribuir para uma ruptura radical com os modelos de atenção tradicional (e ultrapassados), não ocorreu o estabelecimento de uma articulação suficientemente capaz de garantir a ampliação do cuidado em saúde mental na ABS na perspectiva da desinstitucionalização.

Mesmo sendo possível o compartilhamento de algumas experiências bem sucedidas de ações de SM na ABS, a propósito da criação de um novo lugar, um novo saber diferenciado

para lidar com o sofrimento psíquico a partir de uma *intercessão*, enquanto “atravessamento desestabilizador” (PASSOS; BARROS, 2000), não se pode afirmar haver uma mudança na real na direção da ampliação de possibilidades de cuidado em SM.

O estudo permitiu identificar que o que se pode visualizar na inserção das ações de SM, em sua grande maioria, é a construção da interdisciplinaridade que nos remete à noção de *interseção*. Identificamos através da revisão bibliográfica que há limitações para a inserção das ações de SM na ABS sejam elas de ordem clínica, política ou cultural.

Quanto à identificação de indicadores que possam contribuir para o monitoramento das ações e metas em SM na ESF, desde o início esta tarefa se mostrou como um grande desafio em face da pouca produção literária sobre o tema, além das dificuldades inerentes à questão da avaliação em saúde a partir dos SIS existentes no país. O estudo possibilitou constatar que os indicadores existentes são incipientes para garantir a avaliação qualitativa e quantitativa das ações de SM realizadas na ABS.

Não obstante, verificou-se que os atuais indicadores não produzem informações suficientes para auxiliar a gestão, serviços e trabalhadores na tomada de decisões quanto as ações de SM realizadas na ABS. E que, para além de identificar quais seriam os indicadores que podem contribuir para o trabalho do ACS em SM, é preciso discutir sobre o papel deste profissional e suas atribuições para as ações de SM e promover, a partir dos demais profissionais da eSF, um melhor suporte a sua atuação sem, contudo, acrescentar às funções dos ACS maior sobrecarga de trabalho. Cabe, portanto, a toda equipe da ESF a responsabilização pelo cuidado em SM no seu território adscrito, mas para tanto é preciso fomentar uma política de formação e educação permanentes mais próximas às suas realidades.

Frente ao exposto, foi possível sugerir que os indicadores de SM na ABS tenham a possibilidade de gerar informações que contribuam para a efetiva avaliação da qualidade da atenção em saúde, considerando os componentes da acessibilidade e da efetividade para tal. Foi possível, também, sugerir que a institucionalização da avaliação em saúde mental na ESF deve atender à necessidade de respaldar ações que consolidem os princípios e diretrizes do SUS, da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para novas discussões no contexto da Saúde Mental e da Atenção Básica em Saúde sobre o potencial que

há na intercessão das ações de saúde mental na ESF para criar novas possibilidades e práticas de cuidado, capazes de ampliar o campo da Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. S.; SCHECHTEMAN, A. A Organização da Política de Saúde Mental. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. da (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, 2ª edição.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. (Coord.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Ed. Rev. e Amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

AROUCA, A. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e a crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / FIOCRUZ, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70 LDA, 2009.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O; DIAS, M. S. A. Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde no Universo do Transtorno Mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, v. 14, nº 1, p. 222-232, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a28v14n1.pdf> Acesso em: 06 nov. 2015.

BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000, 2ª edição.

MACHADO, F. R. S.; FONSECA, A. F.; BORGES, A. F. O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. da (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

BORSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Ver. Trabalho, Educação e Saúde**, v.6, nº3, p. 457-480, nov. 2008/fev.2009. Disponível em: <http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20trabalho%20dos%20agentes%20comunit%e1rios%20de%20sa%fade.pdf> Acesso em: 11 jun. 2016.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(2):267-270, abr-jun, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1512> Acesso em: 23 fev. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003a. - 604 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, 2003c, v.3, nº2, p. 221-224. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a13v03n2.pdf> Acesso em: 23 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006b. (Série Pactos pela Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf Acesso em: 11 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 2004c. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2004/portaria-2607-10-dezembro-2004-535526-norma-ms.html> Acesso em: 03 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006**, Consolidação do SUS e aponta diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://tmp.mpce.mp.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portaria%20399.pdf> Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para 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 (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 08 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015**. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Preven----o-em-Dados--2013-2015-.pdf> Acesso em: 23 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. (Coordenação de Saúde Mental, Coordenação de Gestão da Atenção Básica, n. 01/03). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf> Acesso em: 03 ago. 2016.

_____. 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

à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: novembro, 2005. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Reforma-Psiqui--trica-e-Pol--tica-de-Sa--de-Mental-no-Brasil--2005-.pdf> Acesso em: 08 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno da Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf Acesso em: 23 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em: 05 jun. 2015.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 – Cadernos de Atenção Básica, nº 39. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf Acesso em: 02 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf Acesso em: 10 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf Acesso em: 25 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.^a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/siab/downloads/manual.pdf> Acesso em: 03 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf Acesso: 12 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf Acesso em: 08 maio 2015.

CAMARGO JR., K. R., COELI, C. M., MORENO, A. B. Informação e Avaliação em Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p.251-266.

CARRENO, I. *et al.* Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p. 947-956, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00947.pdf> Acesso em: 15 mar. 2017.

CARVALHO, M. C. A. Saúde Mental na Atenção Básica. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. da (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEALT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p.29-47.

CONTRADRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, nº 3, p. 705-711, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf> Acesso em: 23 fev. 2017.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A.D. **Modelos de Atenção e a saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

COSTA- ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, S. A Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. V. F. (Org.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

CRUZ, M. M., SANTOS, E. M. Avaliação de Saúde na Atenção Básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 268-284.

CUETO, M. **Saúde global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DELEUZE, G. Os Intecessores. In: **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. In: **Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano**. Cadernos IPUB, nº 14. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1999.

DELGADO, P. G. G.; LEAL, E. M. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; GOMES; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

DRUMMOND JR., M. A. **Ações de Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/TMCB-7XBHNT/dissertultima_final.pdf?sequence=1 Acesso em: 23 nov. 2016.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; SENNA, M. de C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, 21 (2/3): 164 -176, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf> Acesso em: 03 ago. 2016.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectiva. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A.D. **Modelos de Atenção e a saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.3, p. 317-321, jul. / set., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf> Acesso em: 15 jan. 2017.

FERLA, A. A. *et al.* PMAQ-AB e os Pactos do SUS: função dispositivo ou repetição? In: GOMES, L. B., BARBOSA, M. G., FERLA, A. A. (Org.) **Atenção Básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria de acesso e da qualidade – (PMAQ-AB).** Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. (Org.). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FORTES, S.; MENEZES, A.; ATHIÉ, K.; CHAZAN, L. F.; ROCHA, H.; THIESEN, J.; RAGONI, C.; PITHON, T.; MACHADO, A. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1079 - 102, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01079.pdf> Acesso em: 03 ago. 2016.

FRANCO, T. B. As redes de micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos.** São Paulo: Hucitec, 2013.

FURLAN, P. G. **Veredas no território: análise da prática de agentes comunitários de saúde.** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social / FMC/ UNICAMP. Campinas, São Paulo: 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309411> Acesso em: 20 maio 2015.

GARCIA, A.C.P. Agente Comunitário De Saúde No Espírito Santo: Do Perfil

às Atividades Desenvolvidas . **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00039.pdf> Acesso em: 05 abr. 2017.

GIOVANELLA L., MENDONÇA M.H. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2ª Ed. Rev. e Amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

HARTZ, Z. M. DE A. Avaliação em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 50-55.

KINOSHITA, R. T.; BARREIROS, C. A.; SCHORN, M. da C.; MOTA, T. D.; TRINO, A. T. Cuidado em Saúde Mental: do sofrimento à felicidade. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.) **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf> Acesso em: 23 fev. 2017.

LEAL, E. M.; MUÑOZ, N. M. Estratégias de Intervenção em Saúde Mental. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. da (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

_____. **O campo da Reforma Psiquiátrica brasileira: noções de “sujeito” e “mundo presentes no discurso dos agentes do cuidado”**. Caderno IPUB, vol. VI, n. 18, quadrimestral. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

_____. Tudo está em seu lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia. In: **Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano**. Cadernos IPUB, n. 14. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1999.

LIMA, A. P. de; CÔRREA, A.C.P.; OLIVEIRA, Q.C. de. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 65(1), p. 121-127, 2012 jan-fev. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/18.pdf> Acesso em: 15 jan. 2017.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em Saúde Mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150389.pdf> Acesso em: 23 jan. 2017.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. In: Cadernos do IPUB, n. 24. **Saúde mental na atenção básica**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, p. 57-66, 2007.

MATTA, G. C.; MORENO, A. B. Saúde Global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. **Interface (Boucatu)**, v.18, n.48, p. 09-22, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0009.pdf> Acesso em: 05 ago. 2016.

MATTOS, R.A. Breves Reflexões sobre os Caminhos da Pesquisa. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.V.F. (Orgs.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MATTOS, R.A. Ciência, Metodologia e o Trabalho Científico (ou tentando escapar de horrores metodológicos). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.V.F. (Orgs.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015 b.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde os Estados**. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II). Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno_oficina_aps.pdf Acesso: 15 nov. 2016.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, C. P.; AMARAL, C. E. M. Ações dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado em Saúde Mental. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.) **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

MORENO, A. B. Olá, base de dados, poderia me dar uma indicação? In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.V.F. (Orgs.) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, C. (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

NASCIMENTO, A. SUS: Revendo a trajetória, Os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. **Tema – Radis**, n. 20, p. 3-8, fev. 2001. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=Radis20&pesq=SUS:%20Revendo%20a%20trajetoria,%20Os%20avancos%20e%20retrocessos%20da%20Reforma%20Sanitaria%20Brasileira>. Acesso em: 11 jun. 2016.

NUNES, M. O que é dado ao olhar: signos e visibilidade do sofrimento psíquico identificados pelos Agentes Comunitários de Saúde. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.) **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 23 (10): 2375-2384, out, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf> Acesso em: 11 mar. 2017.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; LANDIM, F. L. P. Saúde Mental e Atenção Primária: transvetores de articulação. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.) **Saúde Mental na Atenção Básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOROSINI, M. V. G. C. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3p. Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/> Acesso em: 15 jun. 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais do que nunca**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf Acesso em: 07 jun. 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2006; 22(5): 1053-1062. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf> Acesso em: 14 fev. 2017.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R. B., A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.16, n. 1, pp. 071-079, Jan./Abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf> Acesso em: 07 maio 2015.

PITTA, A. M. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, atores e políticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v.16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02> Acesso em: 03 out. 2016.

PITTA, A. M.; COUTINHO, D. M.; ROCHA, C. C. M. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 760-771, jul./set.2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/11/sdeb106-WEB-FINAL.pdf> Acesso em: 03 out. 2016.

PÔRTO, K. F. **Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311876> Acesso em: 11 mar. 2017.

SCHNEIDER, A.R.S. *et al.* A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843/5389> Acesso em: 03 out. 2016.

SHIROMA, E.; GARCIA, R.; CAMPOS, R. Subsídios teóricos para construção de uma metodologia para análise de documentos de Política Educacional. In: SHIROMA, E. **Dossiê Uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional**. Florianópolis, RJ. Mar. 2004, Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov./dez., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/21.pdf> Acesso em: 23 fev. 2017.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF... Novos Rumos para atenção em Saúde Mental?** Dissertação (Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz). Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4644> Acesso em: 18 nov. 2015.

SOUZA, A C. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés**. São Paulo: Hucitec, 2015.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Ver. Tempus Actas Saúde Coletiva**, p. 121-132. 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf> Acesso: 06 nov. 2015.

SOUZA, J. de; LUIS, M. A. V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta Paul Enfermagem**, 25(6): 852-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a05.pdf> Acesso em: 23 jan. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02> Acesso em: 15 jan. 2017.

TENÓRIO, F.. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: COUTOU, M. e MARTINEZ, R. (Org.). **Saúde Mental na Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica.** NUPPSAM/IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n.28, p. 151-164, jan/mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf> Acesso em: 02 dez. 2015.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde Mental na Atenção Primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface.** Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-32, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220141152.pdf> Acesso em: 15 jan. 2017.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; GOMES; MATTOS, R. A. (Org.) **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** (Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz). Rio de Janeiro: 2006. Disponível em: <http://arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf> Acesso em: 11 jun. 2016.