

## **Desafio Ético para a Composição da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a experiência da saúde mental na atenção básica no município da Serra/ES**

*Rogério Paes Henriques*

O interesse pelo tema da saúde mental na atenção básica surgiu a partir do trabalho desenvolvido por mim no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2004 a 2008, na condição de psicólogo estatutário da Secretaria de Saúde (SESA) da Prefeitura Municipal da Serra (PMS), município que compõe a micro-região metropolitana de Vitória/ES. A Serra é o maior município da Grande Vitória contando com 551,12 Km<sup>2</sup> em extensão territorial, dividida em 118 bairros. Sua sede administrativa encontra-se situada a 27 km de Vitória, às margens da BR-101 Norte. Segundo o censo demográfico de 2000 do IBGE, sua população é de 330.874 habitantes. É o segundo município de maior arrecadação da Grande Vitória, só perdendo para a capital, e abriga o Centro Industrial do Estado; em contraste com sua riqueza, a maioria da população serrana, constituída por migrantes do sul da Bahia e do leste de Minas Gerais, é carente e cerca de 90% dela depende *exclusivamente* da assistência do SUS<sup>1</sup>.

A partir de julho de 2005, segundo a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), passei a compor uma equipe matricial de saúde mental que atuou junto a dez equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), cobrindo cinco bairros do município. Essa equipe possuía como objetivo principal fortalecer as ações de saúde mental junto à Atenção Básica (AB) municipal, contribuindo com a construção de uma rede assistencial extra-hospitalar com enfoque comunitário.

No Brasil, a ESF constitui o pilar fundamental sobre o qual se assenta a AB — tal como é chamado o nível primário de assistência no país; a AB constitui a porta de entrada dos serviços sanitários, a qual, segundo os princípios da regionalização e hierarquização que regem a organização do SUS, deveria ter um índice de resolutividade de 80% dos problemas e agravos à saúde a ela referenciados. A equipe mínima de saúde da família compõe-se de médico generalista, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Estes últimos,

---

<sup>1</sup> Dados disponíveis no site da PMS: <<http://www.serra.es.gov.br>>

moradores do próprio território<sup>2</sup> no qual atuam, constituem o elo entre o serviço sanitário e a comunidade local; habitantes desse “entre-mundos”, os ACS acabam sendo os protagonistas das práticas de promoção de saúde por compartilharem de visões de mundo (e, portanto, de perspectivas culturais) similares às de sua clientela<sup>3</sup>.

Aposta-se que o apoio matricial seja capaz de subverter a lógica dominante do modelo médico<sup>4</sup> (ONOCKO CAMPOS, 2003) e produzir outras linhas de subjetivação nos trabalhadores que estimulem uma atenção compromissada com os sujeitos. A proposta é que os profissionais possam aprender a lidar com os sujeitos em sua totalidade, incorporando em suas práticas as dimensões subjetiva e social do ser humano. Mas que estejam acompanhados, nessa tarefa, por alguém especializado que lhes dê suporte para compreender e intervir nesse campo. O termo *Matr(i)* vem do latim mãe, a origem, de onde se vem. O apoio matricial está relacionado a essa noção de matriz, o lugar de onde se gera. Uma oferta do núcleo profissional “psi” ao campo dos profissionais de saúde, na construção de um novo saber, um saber que se pretende transdisciplinar. A transdisciplinaridade que, no sentido dado por Passos & Barros (2000), é uma das grandes apostas do apoio matricial: “A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização (...) da unidade das disciplinas e dos especialismos” (p. 76). Dessa maneira, para aumentar a capacidade resolutive da equipe local, objetiva-se construir, junto com os outros profissionais de saúde, um raciocínio integral sobre cada caso e contribuir na invenção de possíveis caminhos a percorrer na prática terapêutica singular.

Na ocasião da implantação da equipe matricial, o Programa de Saúde Mental (PSM) da Serra era composta por um total de dez equipes mínimas multiprofissionais (compostas por psiquiatra, psicólogo e assistente social) atuando numa perspectiva

---

<sup>2</sup> Mais do que um espaço definido geograficamente (rua, quadra, bairro etc.), o território configura um lugar simbolicamente investido pelos sujeitos e, portanto, espaço privilegiado de construção de laços afetivos e trocas sociais.

<sup>3</sup> Estudos de etnopsiquiatria conduzidos por Geza Róheim, Georges Devereux e Tobie Nathan apontaram para a importância da dimensão cultural enquanto variável indispensável do processo de cuidado em saúde mental.

<sup>4</sup> Segundo Franco & Merhy (2003, p. 72), o modelo médico “[...] desenvolve-se a partir de recursos que são disponibilizados à assistência à saúde, centrados no conhecimento especializado – equipamentos/máquinas e fármacos – seguindo a trilha de extraordinário desenvolvimento tecnológico nessas áreas”. Esse modelo é também denominado de modelo flexneriano, uma vez que tem suas bases no Relatório Flexner, documento produzido nos EUA, em 1910, e que organizou um modelo de prática médica que se tornou hegemônico no mundo. Para Mendes (1995, p. 141), esse modelo conforma um “paradigma clínico” que “[...] estrutura uma lógica technoassistencial baseando-se na doença e de intervenções através de processos de trabalho informados pela clínica”. Esse autor coloca como elementos desse modelo: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, o especialismo, a exclusão das práticas alternativas, a tecnificação do ato médico e a ênfase na medicina curativa.

interdisciplinar<sup>5</sup> em cinco ambulatórios do município<sup>6</sup>. Não contávamos, naquela época, com nenhum Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>7</sup> e o número de profissionais atuantes nos referidos ambulatórios era insuficiente para garantir o apoio matricial às equipes da ESF, o que justificou a implantação de uma equipe itinerante específica com esta finalidade, composta por quatro profissionais: dois psicólogos, uma assistente social e uma psiquiatra.

Da construção de uma intervenção a partir da estaca zero — tendo em vista o ineditismo que a proposta da equipe matricial representou naquela época ao Estado do Espírito Santo e a conseqüente ausência de trabalhos pregressos nos quais nos apoiáramos ou de qualquer tipo de supervisão —, nossa inspiração adveio “à distância”, da leitura dos relatos de experiência do Programa de Saúde Mental do Projeto Qualis, de São Paulo, coordenado por Antônio Lancetti<sup>8</sup>. Tal como as equipes do Qualis, também éramos uma unidade móvel, “volante”, que trabalhava em um território muito violento, estando à mercê das conveniências políticas e da ousadia dos gestores municipais que apostavam em inovações; como eles, também nos identificávamos como “psicanalistas de pés descalços<sup>9</sup>, que praticam uma clínica muito mais complexa do que a de consultório” (LANCETTI, 2001, p. 51). É essa “clínica muito mais complexa do que a de consultório”, à qual se refere Lancetti, posteriormente a designando como “peripatética” (LANCETTI, 2006), fruto da empreitada reformista das duas últimas décadas no campo da Saúde Coletiva, que se convencionou designar oficialmente como

---

<sup>5</sup> Japiassu (apud IRIBARRY, 2003) distribui os níveis de organização disciplinar em multi, pluri, inter e transdisciplinaridade. A multidisciplinaridade implicaria a coexistência de diversos profissionais, mas não a interação entre eles. Na pluridisciplinaridade, os profissionais coexistiriam, interagiriam e cooperariam entre si, mas sem uma articulação coordenada. Na interdisciplinaridade, ocorreria uma articulação coordenada entre profissionais de áreas afins definida hierarquicamente, em cujo topo dessa hierarquia se encontraria o saber médico. Na transdisciplinaridade, os profissionais interagiriam entre si para além dos seus especialismos, adentrando a área dos seus colegas e buscando novos olhares para problemáticas comuns.

<sup>6</sup> A política de saúde mental do município da Serra/ES caracterizou-se pela regionalização dos serviços e ambulatorização. Dessa forma, os profissionais das equipes de saúde mental implantadas nas Unidades Regionais de Saúde (URS) trabalhavam como especialistas, segundo a lógica ambulatorial, no esquema dos encaminhamentos e das guias de referência e contra-referência, priorizando a demanda já assistida pela rede básica, em prejuízo do acompanhamento dos casos de transtornos mentais graves, os quais se encontravam praticamente desassistidos no âmbito municipal.

<sup>7</sup> Os CAPS configurar-se-iam como “equipamentos-síntese” (NICÁCIO, 1994), que deveriam subverter a lógica da hierarquização e agregar os três diferentes níveis de atenção do SUS (primária, secundária e terciária) em uma só unidade. Como serviços territoriais, deveriam ocupar-se da existência dos sujeitos e de suas possibilidades de habitar o social (AMARANTE, 1995).

<sup>8</sup> JATENE, A.; LANCETTI, A. et al. *Saúde Loucura 7*. Saúde Mental e Saúde da Família. 2ª ed. amp. São Paulo: Hucitec, 2001.

<sup>9</sup> Muito provavelmente uma alusão de Lancetti aos “médicos descalços”, profissionais da saúde da China comunista que conduziam práticas sanitárias (com enfoque comunitário) alternativas ao modelo médico hegemônico, nas décadas de 1960 e 1970.

“clínica ampliada” (BRASIL, 2004). Campos a conceitua como a “redefinição (ampliada) do ‘objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos’” (CAMPOS, 2003, p. 147). Para Onocko Campos, clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário, ou grupo em questão. Responsabilizando-se, não somente pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários (ONOCKO CAMPOS, 2001, p. 5). Trata-se de uma clínica que está para além das quatro paredes de um consultório e que ganha o espaço social como possível lócus de intervenção. Incorpora-se à prática profissional aquilo que era considerado “extra-clínico”: o sofrimento mental não é meramente uma questão de sintomas e de sua remissão, mas uma questão de existência que abarca a totalidade da experiência do sujeito, desde questões objetivas (como trabalhar, manter moradia etc.) até a dimensão subjetiva (relações interpessoais, vivências subjetivas etc.). Assim, recusa-se uma abordagem exclusivamente sintomatológica do sofrimento mental, em prol da criação de uma clínica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa do doente, que passa a ser reconhecido como um sujeito portador de direitos e desejos. Em suma: não basta prevenir e curar doenças, mas sobretudo promover saúde.

Nesse sentido, atuávamos junto à ESF visando a aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local em seu próprio território de atuação, segundo a perspectiva da promoção de saúde. Uma das intervenções que fizemos ilustra bem nossa práxis ampliada.

Numa das discussões de casos em conjunto que fazíamos com uma equipe de saúde da família que acompanhávamos, em meados de 2006, um ACS trouxe à tona o caso de um menino de 7 anos, rotulado de “hiperativo” por sua professora e que, por conseguinte, havia sido encaminhado à unidade básica de saúde pela escola para fins de tratamento. Naquela ocasião, imediatamente, lembrei-me da inconsistência diagnóstica desse suposto transtorno, “hiperatividade” (ou TDAH), não por ter sido feito por um profissional não pertencente à área “psi”, mas sim por ser tal transtorno herdeiro da antiga “Disfunção Cerebral Mínima” (DCM), ou seja, daquilo que Karl Jaspers denomina “mitologia cerebral”; ao se reduzir um fenômeno complexo e multifatorial a uma de suas partes, pressupondo uma disfunção biológica de base que o explicaria, cai-se num reducionismo epistemológico e se conduz um tratamento necessariamente enviesado, de cunho medicamentoso; soma-se a isso o fato do diagnóstico de

“hiperatividade” ter sido banalizado pelos manuais nosográficos contemporâneos (DSM-IV-TR e CID-10), supostamente “descritivos e ateóricos”, que parecem aplicá-lo às crianças e adolescentes inquietos, o que remete à noção de invenção de doentes, de Ian Hacking (1986). De posse dessas informações, tomei a iniciativa da fala, dirigi-me aos demais membros da equipe matricial (nesse dia composta, além de mim, por uma psiquiatra e uma assistente social), e sugeri que fizéssemos uma entrevista com o menino e seus pais, visando a analisar o caso em minúcia (esquadrinhando-o a partir dos códigos “psi”) e, conforme fosse, minimizar o estigma que um rótulo como esse implicava — ao que a psiquiatra consentiu de pronto. Contudo, em se tratando de uma equipe plural, a assistente social, de posse de uma prancheta, esquematizou o que deveria ser uma rede social de apoio, a qual deveria contar, para além da unidade básica, com outros recursos promocionais de saúde. Foi então que outro ACS, colega daquele que relatou o caso, lembrou a todos da existência de um projeto social com crianças e adolescentes ligado a uma paróquia do bairro que funcionava literalmente ao lado da unidade básica de saúde — enfim, revelou-nos um “recurso escondido da comunidade” (SARACENO, 1999) com o qual poderíamos contar. Questionamos o motivo pelo qual esse menino não freqüentava tal projeto? Ao que nos responderam: “ora, porque ele não é um ‘bom aluno’”. Enfim, a queixa escolar, a mesma que havia gerado uma suposta demanda para tratamento “psi”, o impedia de participar desse projeto social junto com seus colegas de escola; percebemos que esse garoto era duplamente discriminado, tanto pela escola quanto pela filantropia religiosa. Como romper com esse ciclo de exclusão? Combinamos a seguinte intervenção: o ACS responsável pelo caso conversaria com o padre responsável pelo projeto social sobre a possibilidade de se abrir uma exceção a esse garoto, apostando na possibilidade de que a participação no referido projeto poderia melhorar sua condição escolar. O suporte que fornecíamos à equipe de ESF permitiu-nos apostar nessa intervenção de cunho comunitário. Essa equipe sabia que qualquer intercorrência que houvesse nesse caso, nós, enquanto equipe matricial, estaríamos por perto para construir em conjunto novas estratégias singulares de intervenção. Algum tempo depois de ter entrado no projeto, soubemos da melhora significativa desse menino na escola, no sentido de estar mais cooperativo e solidário. Devo à minha imersão na saúde pública e, em especial, à assistente social com a qual trabalhei o esclarecimento acerca da transdisciplinaridade que, até então, constituía para mim uma abstração conceitual apreendida em textos de intelectuais militantes.

O trabalho de nossa equipe matricial em saúde mental consistia, efetivamente, em supervisões às equipes de ESF (reuniões periódicas para discussões conjuntas de casos); capacitações/sensibilizações na lógica da educação permanente em saúde<sup>10</sup> e atendimento clínico em conjunto e específico aos casos de maior gravidade.

Dentre os maiores obstáculos enfrentados por nossa equipe matricial estiveram: (1) a situação de extrema precariedade sócio-econômica da população assistida, principalmente nos bolsões de pobreza constituídos a partir de invasões em áreas de manguezais, localizados na divisa com o município de Vitória/ES; (2) os altos índices de violência, sobretudo ligada ao tráfico de drogas e à violência doméstica, que alçou a Serra ao topo do ranking dos municípios mais violentos do país (levando-se em conta o indicador homicídios/100.000 habitantes); (3) a recusa da maioria dos profissionais médicos da ESF em abandonar seus especialismos e atuar como generalistas, assim como sua indisposição para o trabalho em equipe e para o cumprimento da carga horária contratual; (4) o fato de, por sermos itinerantes, dependermos das instalações físicas precárias e insuficientes das unidades de saúde que serviam de base às equipes da ESF, as quais não nos comportavam; (5) a resistência de alguns profissionais à inserção da demanda da saúde mental nas discussões, que é vista como aumento do volume de trabalho, e não como apoio ao que já vinha sendo realizado por eles<sup>11</sup>; (6) a dificuldade, em se detectando a necessidade, de incluir usuários nos então superlotados e ineficientes serviços de saúde mental existentes no município, que funcionavam segundo o modelo ambulatorial; (7) a decisão da SESA/Serra de proibir qualquer tipo de prescrição e/ou transcrição de medicamentos por parte dos enfermeiros da ESF, os quais também foram proibidos de realizar coleta de preventivo em mulheres e outros procedimentos (para os quais eram habilitados), o que gerou extrema insatisfação e desmotivação generalizada nessa categoria profissional; (8) a substituição de todos os ACS de três bairros onde

---

<sup>10</sup> Centra-se na “aprendizagem significativa”, operacionalizada *in loco*, e em uma lógica “descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar” (BRASIL, 2003b, p. 6). Para sua efetivação, Ceccim (2005) e Ceccim & Feuerwerker (2004) propõem como elementos analisadores os componentes do Quadrilátero da Formação: ensino, gestão, atenção e controle social. Esta indissociabilidade entre modos de atenção e processos de gestão apontaria para a indissociabilidade entre clínica e política — assinalada extensivamente por diversos autores de inspiração deleuziana.

<sup>11</sup> Muito embora a realidade das equipes de atenção básica demonstre que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”, independentemente do acompanhamento por uma equipe matricial (BRASIL, 2003a). Vale, também, ressaltar que a partir de 2005, ano de implantação da equipe matricial no município da Serra/ES, os indicadores de saúde mental passaram a fazer parte do elenco de indicadores da atenção básica. Já em 2006, “foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica (entre outros) nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde – PPI, publicados na Portaria GM nº 1097, de 22 de maio de 2006” (BRASIL, 2007, p. 22).

atuávamos, devido ao vencimento dos seus contratos temporários de prestação de serviço com o município; (9) a ausência de capacitação e de supervisão para os membros da equipe matricial devido à alegada falta de recursos financeiros; (10) a atuação em um município no qual os principais cargos administrativos comissionados (como o de coordenador de unidade de saúde, por exemplo) são ocupados por apadrinhados de políticos, a despeito de seus méritos profissionais.

Dentre os resultados alcançados por nossa equipe destacaram-se: (1) o aumento da resolutividade dos casos de saúde mental na atenção básica, incluindo casos de transtorno mental grave, anteriormente, fadados a permanecer no circuito psiquiátrico das internações asilares (esse aumento da resolutividade contribuiu, em parte, para desafogar um pouco a demanda antes referenciada em peso ao ambulatório de saúde mental responsável pelo território que cobríamos); (2) a desmistificação do paciente portador de sofrimento mental como passível de receber o mesmo tratamento digno e humanizado que um portador de uma doença orgânica, como já acontecia na responsabilização partilhada entre a ESF e os programas de saúde pactuados (hanseníase, tuberculose, DST/AIDS etc.); (3) o fortalecimento das equipes da ESF para o enfrentamento do árduo trabalho cotidiano, a partir da potencialização de seus profissionais; (4) a inclusão da dimensão subjetiva na escuta clínica da rede básica, contribuindo com a desmedicalização e com a melhoria na atenção prestada à população; (5) a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com os loucos e toxicômanos (os ACS atuavam como multiplicadores junto à população nesse hercúleo trabalho de mudança de mentalidade e de postura frente à loucura e à drogadicção).

\*

O desafio histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira é construir um novo lugar social para os “loucos” (e, mais recentemente, para os drogadictos também) a partir da desinstitucionalização da loucura (e da drogadicção); para tanto, as práticas ampliadas em saúde mental são ferramentas indispensáveis nesse processo. O delineamento progressivo da política de saúde mental do Ministério da Saúde (MS), com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica, vem deslocando o epicentro assistencial dos

hospitais psiquiátricos para os dispositivos<sup>12</sup> comunitários de atenção. Fato digno de nota foi que, pela primeira vez na história do país, em 2006, o montante de recursos financeiros da atenção extra-hospitalar ultrapassou aquele destinado aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007). Com isso, novos enfoques, como os da promoção e proteção de saúde, vêm sendo sistematicamente incorporados às tradicionais abordagens curativas (recuperação da saúde), indo além da medicalização e da psicologização da demanda por cuidados.

Desde a sanção presidencial da “Lei de Saúde Mental” (Lei Federal nº 10.216), em 6 de abril de 2001, que instituiu a Atenção Psicossocial<sup>13</sup> como diretriz oficial das políticas públicas de assistência em saúde mental no Brasil<sup>14</sup>, e, sobretudo, após os incentivos advindos com uma linha específica de financiamento do MS em 2002, que muito tem se expandido os serviços substitutivos extra-hospitalares no Brasil: os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e as ações de saúde mental na atenção básica via matriciamento. Embora os serviços de maior complexidade, como os CAPS e os SRT, já estejam de certa forma consolidados no SUS (BRASIL, 2005; 2007) — ao menos em termos quantitativos, respeitando-se as especificidades regionais do território brasileiro e as culturas manicomialis que ainda hoje resistem em alguns Estados —, as equipes matriciais de referência em saúde mental estão ainda em franca construção<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Segundo o referencial teórico-conceitual foucaultiano, muito disseminado na Reforma Psiquiátrica brasileira, o *dispositivo* é concebido como um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2001). Para um estudo do significado do dispositivo no pensamento de Michel Foucault, ver: Deleuze (1990).

<sup>13</sup> O Campo da Atenção Psicossocial é caracterizado pela diversidade de vozes (usuários, familiares e profissionais dos serviços de saúde mental) que participam da construção desse modelo. Mais abrangente e questionador, o campo se alarga e tem como principais noções a “atenção” e o “cuidado” – ou seja, qualquer “cuidado” que se pretenda “atenção” deve tentar lidar com a dimensão psíquica, da subjetividade; e a dimensão social, de forma ampliada. De acordo com Costa-Rosa, Luzio & Yasui (2003, p. 34), a Atenção Psicossocial configura-se num campo capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao Modelo Asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão das inovações que ainda estão se processando e para outras que ainda virão.

<sup>14</sup> A partir da construção de uma rede de cuidados em saúde mental de base comunitária e solidária, tais políticas visam à inclusão/reinserção social e à promoção da cidadania e da autonomia dos portadores de sofrimento psíquico, possuindo como eixo norteador a defesa dos direitos humanos.

<sup>15</sup> Recentemente, por meio da *Portaria GM/MS Nº 154/2008*, o governo federal instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), incumbindo-lhes do matriciamento e inaugurando a possibilidade de se abranger diversas áreas — Atividade Física, Alimentação, Reabilitação, Serviço Social, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Homeopatia, Acupuntura e Assistência Farmacêutica —, ampliando assim a multiprofissionalidade das equipes, a partir da possibilidade de inserção de novas categorias, como os Profissionais da Educação Física, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudiólogos e Farmacêuticos (BRASIL, 2008). Contudo, o 2º parágrafo do Artigo 4º dessa mesma portaria ministerial recomenda aos gestores que os NASF tenham pelo menos um profissional da saúde

Segundo dados do MS, Sergipe é o Estado da Federação com a melhor cobertura CAPS, com base no indicador CAPS/100.000 habitantes, que alcança 0,75<sup>16</sup> (BRASIL, 2007, p. 16). Já Aracaju conta com uma rede de saúde mental e de atenção básica (94% de cobertura) invejáveis<sup>17</sup>; chamam, ainda, a atenção do MS para este município as campanhas no rádio e na TV em prol da causa antimanicomial (BRASIL, 2005, p. 44) e o apoio matricial em saúde mental, baseado na vivência de equipes itinerantes desenvolvidas a partir dos profissionais dos CAPS junto às equipes de referência ambulatorial nas UBS (BRASIL, 2007, p. 22).

Tal panorama sugere uma excelente cobertura assistencial *quantitativa* em saúde no município de Aracaju, embora alguns estudos apontem críticas ao funcionamento *qualitativo* dessa assistência.

Nunes Jr. & Silva (2007) realizaram um balanço da implantação do matriciamento em saúde mental na rede básica do município de Aracaju; assinalam avanços pontuais nessa empreitada e, sobretudo, destacam obstáculos, dentre os quais, a falta de interação/comunicação entre os atores envolvidos no processo e as dificuldades na formação de profissionais e na construção efetiva de uma rede de cuidados. Concluem que “(...) o apoio matricial não está sendo desenvolvido na sua potência, interferindo no seu papel produtor de cuidado integral. Sendo assim, faz-se necessária a construção de outros dispositivos institucionais que o inscreva na lógica da Educação Permanente, além de contribuir com a construção de uma rede circular e permeável” (idem).

Oliveira & Passos (2007) avaliaram que “[...] a rede de saúde mental [no Estado de Sergipe] é ineficiente, fragmentada e ainda está em fase de implantação. O que temos efetivamente funcionando são serviços ainda sem a articulação e sinergia que se espera do funcionamento de uma rede” (idem, p. 272). A partir de uma pesquisa-intervenção circunscrita a dois estabelecimentos sergipanos tomados como analisadores — o CAPS

---

mental (Psiquiatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional), dada a “magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (idem, p. 39).

<sup>16</sup> O CAPS serve como um indicador dos avanços nas políticas públicas, pois constitui um dispositivo que tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, dada sua função de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios e articular a política de saúde mental num determinado território (Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002). Considera-se que um Estado ou município tem de razoável à boa cobertura quando o indicador ultrapassa 0,50. Nesses termos, só outros 6 Estados federativos, além de Sergipe, atingem esse patamar: Alagoas, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e Ceará (BRASIL, 2007, p. 15). Como parâmetro de comparação, o Estado do Espírito Santo, no qual atuei compondo uma equipe matricial de referência em saúde mental, possui índice de 0,37, ocupando a 18ª posição no *ranking* nacional (idem, p. 16).

<sup>17</sup> Dados disponível em: <<http://www.aracaju.se.gov.br/saude/>>. Acesso em 6 de dezembro de 2008.

Arthur Bispo do Rosário (Aracaju) e o CAPS Luz do Sol (Nossa Senhora da Glória) —, os autores assinalaram, ainda, o efeito cronificador desses serviços, não somente para seus usuários (tema já bastante manjado), mas também para seus profissionais e gestores.

Penso que se deve repensar o estatuto do CAPS como privilegiado indicador dos avanços das políticas de saúde mental, já que os mesmos, quando desarticulados de uma rede sanitária e social de apoio, como parece ser o caso de Aracaju, mostram-se instituições promotoras do encapsulamento.

O CAPS deveria ser um espaço de produção de vida no território. Entretanto, de modo geral, observa-se grande dificuldade para esses dispositivos se colocarem nas ruas, se capilarizarem pelo território, ocuparem o espaço de fora dos serviços, permitindo a circulação da loucura na vida da cidade, do bairro — enfim, propiciar outros trânsitos para a loucura no espaço urbano.

Ou seja, não basta substituir os serviços para que se substitua automaticamente a lógica manicomial (a desospitalização não conduz necessariamente à desinstitucionalização). Faz-se necessário, também, ampliar as redes para tecer outras práticas de cuidado, e, para isso, é preciso lançar mão dos aparelhos sociais da comunidade. A ESF constitui-se como dispositivo privilegiado na promoção de transformações culturais, pois pode promover interferências no bairro, na rua, na vizinhança, no sentido de propiciar o desenvolvimento de redes sociais de apoio à loucura/drogadicção e laços de solidariedade entre as pessoas — sobretudo, a partir do trabalho diferenciado dos ACS. Portanto, a AB constitui-se como importante aliada na construção de uma rede sócio-sanitária em prol da desinstitucionalização da loucura, ao promover a descentralização<sup>18</sup> e a diversificação das práticas de cuidado em saúde mental. A co-responsabilização da AB pelos casos da saúde mental contribuiria com a devolução aos usuários da condição de protagonistas de suas próprias vidas, promovendo a sua inserção social no seio da comunidade e o acolhimento de seu sofrimento existencial por outros segmentos, não só da saúde, mas, principalmente, da rede social de apoio.

Eis o principal desafio ético da Reforma Psiquiátrica brasileira para os próximos anos: a sua disseminação na AB, a partir dos dispositivos do matriciamento, e a construção de uma prática interventiva de cunho efetivamente comunitário.

---

<sup>18</sup> A OMS assinala que 60% dos usuários atendidos pela saúde mental poderiam ser acompanhados pela rede básica de saúde (apud FIGUEIREDO, 2006, p. 107).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. In: *Cadernos de Saúde Pública*, v.11, n. 3, p.491-494, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE/DAB. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. nº 01/03. Brasília, 2003a. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS*. Brasília, 2003b. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: a clínica ampliada*. Cartilha da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, 2007. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Diário Oficial da União* [on-line] – Seção 1, Nº 43, p. 38-42, 4 de março de 2008. Disponível em <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf)>. Acesso em 12 de dezembro de 2008.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R. B & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [on-line]. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em 13 de dezembro de 2008.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface — Comunic, Saúde, Educ (Botucatu)* [on-line]. São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005. Disponível em<<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>>. Acesso em 13 de dezembro de 2008.

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, pp.13-44.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161. Tradução para o português de Wanderson Flor do Nascimento [on-line]. Disponível em: <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.html>>. Acesso em 10 de dezembro de 2008.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Campinas: UNICAMP, 2005. Mimeo.

FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos III. Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 55-124.

HACKING, I. Making Up People. In: HELLER, T. C. et al. (Eds.) *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality and the Self in Western Thought*. Stanford: Stanford University Press, 1986, pp. 222-236.

IRIBARRY, I. N. O diagnóstico transdisciplinar em psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VI, n. 1, 53-75, mar/2003.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A.; LANCETTI, A. et al. *SaúdeLoucura 7. Saúde Mental e Saúde da Família*. 2ª ed. amp. São Paulo: Hucitec, 2001.

\_\_\_\_\_. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos chave. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995, p. 159-185.

NICÁCIO, M. F. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. São Paulo: PUC/SP, 1994.

NUNES, Jr. J. & SILVA, V. N. M. Apoio Matricial em Saúde Mental: uma análise de implantação da experiência de Aracaju. *IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde e X Congresso Latino-Americano de Medicina Social. Equidade, Ética e Direito à Saúde: desafios à Saúde Coletiva na Mundialização*. Salvador/BA, 2007. Resumo disponível <[www.congressosalvador2007.com.br/arearestrita/arquivos/2438\\_3275.rtf](http://www.congressosalvador2007.com.br/arearestrita/arquivos/2438_3275.rtf)>. Acesso em 6 de dezembro de 2008.

OLIVEIRA, J. A. M. & PASSOS, E. H. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: um problema clínico-político. *Revista Vivência - UFRN*, n. 32. Natal, p. 259-274, 2007.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

PASSOS, E. & BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In: *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 16, n. 1: p. 71-79, 2000.

SARACENO, B. *Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999.

*Sobre o autor: psicólogo, psicanalista, mestre e doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professor adjunto do Departamento de Psicologia, professor efetivo do Núcleo de Pós-Graduação em Psicologia Social, tutor da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário, na Universidade Federal de Sergipe; contato: [rspenriques@hotmail.com](mailto:rspenriques@hotmail.com)*

Citações deste artigo:

HENRIQUES, R. P. Desafio Ético para a Composição da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a experiência da saúde mental na atenção básica no município da Serra/ES. In: LOPES, K. J. M.; CARVALHO, E. N. & MATOS, K. S. A. L. (Orgs.) **Ética e as Reverberações do Fazer**. Fortaleza: Edições UFC, 2011, p. 166-180.