

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS LABORATORIAIS
DE SAÚDE

Ana Beatriz Bezerra Neves Gonzaga

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL:
um estudo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no território de Manguinhos

Rio de Janeiro

2011

Ana Beatriz Bezerra Neves Gonzaga

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL:
um estudo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no território de Manguinhos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Orientador: Marco Aurélio Soares Jorge

Rio de Janeiro

2011

Ana Beatriz Bezerra Neves Gonzaga

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL:
um estudo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no território de Manguinhos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Aprovado em 16/12/2011

BANCA EXAMINADORA

(Ms. Danielle Ribeiro de Moraes – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

(Ms. Daniel Groisman - FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

(Dr. Marco Aurélio Soares Jorge - FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

Dedico este trabalho
À minha avó Ana,
aos meus pais, Mauro e Márcia,
à minha querida irmã, Maria Luíza,
e ao companheiro de sempre, Bruno.

AGRADECIMENTOS

Registro aqui meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que ajudaram de alguma forma, na construção desse trabalho. Primeiramente, agradeço a Deus, Admirável Conselheiro, por toda a força com que me ungiu durante este ano, não permitindo que eu esmorecesse em nenhum momento.

Agradeço a cada membro da minha família por terem sido juntos a base de que precisei para me manter firme nesta caminhada. Ao meu pai, por todo o apoio e compreensão nos momentos de que precisei. A minha mãe, por todo suporte instrutivo que tanto me ajudou na escrita deste trabalho. E a minha irmã, pelos momentos de descontração que tornaram esse percurso mais leve.

Aos meus amigos, que durante esses três anos, contribuíram para o meu amadurecimento e para a formação da pessoa que sou hoje. Os meus queridos, Gabriel, Aldeyse, Maysa e Michele, ajudaram nos momentos em que mais necessitei de incentivo e apoio.

Ao Bruno, companheiro de sempre, agradeço por ter se mostrado solícito para tudo que eu precisasse. Por toda paciência e calma que teve para comigo durante todo o percurso deste trabalho.

Finalmente, agradeço ao orientador Marco Aurélio, por me ajudar a encontrar inspiração necessária para descobrir meu objeto de trabalho e pela disposição em esclarecer minhas dúvidas.

RESUMO

O presente trabalho pretende estudar a Estratégia da Saúde da Família e sua atuação no campo da saúde mental através da iniciativa dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Sabe-se que a saúde mental apresenta um trajeto transcorrido desde a reforma psiquiátrica em busca de uma configuração descentralizada do atendimento. A Estratégia da Saúde da Família propõe um modelo de atenção que pretende atuar como atenção primária sendo, portanto porta de entrada da população no Sistema Único de Saúde. O NASF, uma iniciativa do Ministério da Saúde, atua no suporte especializado a ESF no que tange a áreas como: saúde mental, saúde da mulher, saúde do idoso, etc. Essa iniciativa de criação do NASF traz para o campo da saúde mental, a possibilidade de relacionar a saúde mental à atenção primária, uma conquista pela qual se tem lutado nos últimos anos. Permear os serviços da atenção primária que se ocupa como porta de entrada da população ao SUS permite um olhar mais amplo para as questões de saúde mental, que não estão presentes somente em transtornos mentais, mas em qualquer acometimento à saúde. Este trabalho consiste em um estudo dos núcleos de apoio à saúde da família como articulador da saúde mental a estratégia de saúde da família, realizado através da revisão bibliográfica dos cadernos emitidos pelo Ministério da Saúde e pela discussão das entrevistas com os profissionais do NASF.

Palavras-Chave: Saúde da família. NASF. Saúde Mental. Manguinhos.

LISTA DE SIGLAS

APS Atenção Primária à Saúde

ENSP Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESF Estratégia da Saúde da Família

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CSEGSF Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

NAPS Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF Núcleo do Apoio a Saúde da Família

PSF Programa de Saúde da Família

SF Saúde da Família

SUS Sistema Único de Saúde

PNASH Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNH Política Nacional de Humanização

PTS Projeto Terapêutico Singular

TEIAS Territórios Integrados de Atenção à Saúde.

OS Organizações Sociais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 OBJETIVO	11
1.1.1 Objetivos Específicos	11
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 METODOLOGIA	13
2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	14
3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
3.1 SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
3.2 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SEU TRABALHO NO TERRITÓRIO	22
3.3 O CADASTRAMENTO DE FAMÍLIAS	23
4 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	25
4.1 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	25
4.2 O TRABALHO DO NASF A PARTIR DE SEUS PRINCÍPIOS	27
4.3 DAS DIRETRIZES DO NASF	29
4.4 A INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO NASF	33
4.5 O NASF E SUA ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL	34
5 O TERRITÓRIO DE MANGUINHOS	37
5.1 SOBRE O TERRITÓRIO DE MANGUINHOS	37
5.2 O PROJETO TEIAS EM MANGUINHOS	39
5.3 DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	41
6 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

Desde a Idade Média, os considerados loucos eram confinados em grandes asilos e hospitais destinados a todo aquele que não conseguia viver em harmonia com a sociedade: portadores de doenças contagiosas, mendigos, viciados, etc. Nessas instituições, o acorrentamento era uma medida freqüente, em vista a falta de conhecimento sobre como lidar com as reações adversas dos pacientes, que além de serem acometidos por seus próprios problemas de ordem psicológica, deviam encarar a exclusão completa da sociedade e, ainda, a perda de sua própria identidade como ser humano. Acresce que as vítimas da insanidade, na qual se reconhecia alguma especificidade, iriam sofrer tratamentos “médicos” que, levados a tal grau de brutalidade, não podiam ser qualificados como forma de tortura (RESENDE,2001).

No século XVIII, Phillippe Pinel, que é considerado o pai da Psiquiatria, propõe um modelo conhecido como Manicomial. O método proposto por ele baseia-se na reeducação dos alienados, principalmente quanto às normas sociais a serem seguidas e no desencorajamento das condutas consideradas, socialmente, inconvenientes. “A função disciplinadora do manicômio e do médico deve ser exercida como um perfeito equilíbrio entre firmeza e gentileza. Mais ainda, a permanência demorada do médico em contato com os doentes melhora seu conhecimento sobre os sintomas e sobre a evolução da loucura” (Pinel). Portanto, a partir de Pinel observa-se a mudança do olhar para a loucura, com a atribuição desse caráter essencialmente moral com o qual passa a ser avaliada.

As teorias de Pinel acabam por alcançar uma difusão de ampla abrangência, principalmente, na Europa. Com essa difusão, ocorreu uma leitura completamente dissociada do tratamento moral de Pinel, que já não mais se preocupava com os cuidados originais do método. “As idéias corretivas para o comportamento dos hábitos dos doentes passaram a ser recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional, recursos estes que visavam naquele momento ao bem da instituição. Tudo era justificado para submeter o doente mental” (LOPES, 2011). Esse desapego a proposta inicial de Pinel atinge tal patamar que, no século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias. Nesse sentido, o manicômio retorna ao perfil desumano das instituições da Idade Média.

Esse quadro começou a estimular um olhar mais crítico no século XX, quando o que antes era considerado apenas como problema moral, passa a ser compreendido também como uma doença orgânica. No entanto, mesmo com esse esclarecimento, “as técnicas de

tratamento empregadas pelos organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, o que significa que, mesmo com outra compreensão sobre a loucura, decorrente de descobertas experimentais da neurofisiologia e da neuroanatomia, a submissão do louco permanece e adentra o século XX.” (LOPES, 2011).

Nesse contexto é que se explicita a necessidade de mudança, no qual está inserido o início da Reforma Psiquiátrica. Seus objetivos consistem em modificar o sistema de tratamento da doença mental, eliminando gradualmente a internação, reconhecendo-a como forma de exclusão social. Este modelo, puramente hospitalocêntrico, seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, que visava integrar qualquer pessoa acometida por um determinado tipo de problema mental à comunidade.

No Brasil, antes de iniciar o processo que é denominado Reforma Psiquiátrica dentre as alternativas ao modelo manicomial, destaca-se o trabalho da Psiquiatra Nise da Silveira, em 1948. Ela propôs um tratamento alternativo que consistia na substituição dos choques elétricos e psicocirurgias como a lobotomia, que danificavam permanentemente o comportamento dos doentes, por um tratamento que buscava a expressão através da arte em desenhos, pinturas e esculturas, utilizando-se também de animais domésticos.

As tentativas de mudança, porém, estenderam-se de forma quase ineficaz até meados da década de 70, quando os próprios trabalhadores em saúde mental começaram a denunciar as péssimas condições em que se encontravam os pacientes, sendo submetidos a agressões físicas e falta de higiene. É quando se inicia o processo que se denomina: Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1978, surge o movimento de trabalhadores em Saúde Mental que buscava formular propostas substitutivas ao modelo manicomial. A partir dessa iniciativa, na década de 80, inicia-se a Reforma Psiquiátrica brasileira, quando surge uma nova série de propostas alternativas ao modelo hospitalocêntrico, nas quais as Conferências Nacionais de Saúde Mental tiveram papel de suma importância ao consolidar a estratégia dos serviços comunitários, resolvida no modelo dos Centros de Atenção Psicossocial, como prioridade de organização em saúde Mental.

Nos Centros de atenção Psicossocial (Caps) , assim como nos Núcleos de atenção psicossocial (NAPS), ocorre o acompanhamento diário, integral ou parcial, que visa a reabilitação social dos pacientes, contrapondo-se a internação. Fundamenta-se então em cuidados personalizados de acordo com as necessidades do paciente, tendo como objetivo a busca da liberdade e autonomia, principalmente. A primeira unidade do Caps foi construída em São Paulo no ano de 1987 , sendo que hoje essa iniciativa é difundida por todo país.

Na década de 90, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF) como iniciativa do governo federal para complementar a atenção básica à saúde. Seu principal propósito é o de reorganizar a prática da atenção à saúde e avançar na substituição do modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família (Programa saúde da família: PSF, 2003). A base da organização dos projetos ligados a Saúde da família é o princípio da integralidade na assistência, que se resume em ações e serviços de saúde que funcionam em conjunto, sendo capaz de atender a todo e qualquer caso clínico. Portanto, os cuidados prestados ao paciente não se limitam ao que é biológico, mas vão além, fazendo-se necessária não só a análise do indivíduo, mas também de sua família e de seu contexto-social.

Quando é abordada a questão da Saúde Mental, a importância do bom funcionamento do PSF é essencial. Desde a década de 80, com programas do tipo “Volta para Casa” ou de Serviços Residenciais Terapêuticos e até mesmo com os Caps, o foco voltado para este campo da saúde tem sido na desinstitucionalização dos cuidados prestados aos pacientes. Seguindo esta lógica, a estrutura do Programa de Saúde da família permite a associação da saúde mental à atenção básica na saúde, levando os profissionais para mais próximo da família e do contexto que envolve o paciente, de forma que ocorreria promoção da educação na saúde havendo assim a conscientização de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce da qualidade de vida (Souza HM).

Em 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de apoio a Saúde da Família dentro do escopo de apoiar a atenção à estratégia da saúde da família na rede de serviços e “ampliar a abrangência, a resolutividade, a regionalização e a territorialização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (Ministério da Saúde, 2009). A equipe do Nasf deve ser constituída por trabalhadores de diversas áreas que trabalhem em conjunto e juntamente às unidades de Saúde da Família, buscando fornecer apoio a atenção básica no território ao qual assiste.

A importância dessa iniciativa em Saúde Mental se dá à medida que esse se torna mais um passo para que a responsabilização do cuidado aos usuários deixe de ser centrada nas instituições, o que propõe que as Unidades de Saúde da Família redirecionem esses cuidados e passem a coordená-los. Isso significa que, a partir dessa iniciativa, haverá menos espaço para o encaminhamento indiscriminado a instituições, mesmo que trabalhem articuladas. A proposta é que haja uma relação de responsabilização sob o diagnóstico, uma vez que equipe do Nasf é responsável, juntamente às Equipes de Saúde da Família, pelo planejamento e realização do diagnóstico de Saúde Mental no território de atuação (Ministério da Saúde, 2009).

Nesse período de transição, onde surge uma nova compreensão de que a saúde mental está atrelada à saúde básica, e o modelo hospitalocêntrico, por conseguinte, deve ser substituído por outras formas de cuidado, medidas de aplicação de programas com a perspectiva do NASF se fazem necessárias nesse processo de desconstrução. O presente trabalho irá analisar o funcionamento na área de Saúde Mental do Nasf na comunidade Manguinhos, no Rio de Janeiro, visando demonstrar a importância de atuação dos profissionais da equipe e relatar as conseqüências (melhorias e impasses) da implantação do serviço na região.

O trabalho a ser desenvolvido discutirá sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, estratégia formulada pelo Ministério da Saúde em 1994, a fim de complementar e fortalecer os cuidados fornecidos pelo Programa de Saúde da Família. Este novo modelo de assistência, que desloca a saúde do foco individual, consiste na reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases e busca substituir, gradativamente, o modelo tradicional. Esse redirecionamento é acompanhado pelo surgimento de um conceito de saúde coletiva pautado na saúde familiar que, a partir da ação conjunta da equipe de profissionais, objetiva melhorar a qualidade de vida da população.

1.1 OBJETIVO

Estudar o projeto NASF e sua articulação com a ESF na área da Saúde Mental.

1.1.1. Objetivos específicos

- Descrever a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.
- Descrever as principais diretrizes da ESF e do NASF.
- Estudar a implantação do NASF Manguinhos em Saúde Mental e como está sendo feito o acompanhamento de sua implantação no campo da Saúde Mental.
- Levantar os principais problemas, limitações e impasses na implantação do NASF Manguinhos em Saúde Mental.

1.2 JUSTIFICATIVA

A trajetória da saúde mental vem percorrendo um caminho desde a Reforma Psiquiátrica para ganhar um espaço no campo de saúde que esteja além dos hospitais psiquiátricos. Apesar do processo que se encaminha com a reforma estar em constante manutenção, hoje a saúde mental já é reconhecida como um componente inerente a todo e qualquer acometimento da saúde. A partir desse reconhecimento é necessário desenvolver serviços que atendam às demandas de saúde mental, não somente nos casos mais graves, mas também àqueles que precisam simplesmente de um acompanhamento psicológico.

Atualmente, o SUS fornece serviços no campo da Saúde Mental que se organizam em rede, a fim de distribuir as demandas de acordo com a necessidade, o que evita o encaminhamento indiscriminado a hospitais. Essa rede tem seu ponto de partida na atenção básica à saúde que é de responsabilidade da Estratégia da Saúde da Família, consistindo no primeiro contato da população com a saúde. Graças à iniciativa dos núcleos de Apoio à Saúde da Família, a saúde mental está conjugada também a atenção básica e, portanto, primária à saúde.

Essa inclusão da Saúde Mental na atenção primária é um avanço no campo buscado desde o princípio da Reforma. A compreensão de que qualquer doença é acompanhada por um sofrimento psíquico foi o grande impulso para essa inclusão. Nesse sentido faz-se necessário estudar como a atenção primária está, efetivamente, atuando junto às causas da saúde mental.

Sobretudo, mediante a atual estrutura de atendimento à Saúde Mental no país, o NASF, assim como sua origem, a ESF, pode ser considerado um novo conceito de atendimento em saúde que ainda está a se difundir no Rio de Janeiro. Desse modo, faz-se necessário um acompanhamento de sua estrutura como forma de avaliar a atuação dessas unidades no que tange ao contato com a sociedade.

1.3 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi dividida em quatro etapas que permitiram uma melhor organização do trabalho. Primeiramente, foi realizado um levantamento bibliográfico que serviu de consistência para a base do trabalho. Nesta etapa foi levantado o embasamento teórico utilizado. O principal material das pesquisas foi os cadernos emitidos pelo Ministério da Saúde, que permitiram uma melhor compreensão dessa nova proposta de Atenção Básica à saúde, que inclui a saúde Mental. Outras fontes exploradas foram artigos articulados a Saúde Mental e a ESF.

A segunda etapa consistiu nas entrevistas com os profissionais de saúde. Foram entrevistados profissionais de saúde que trabalham na equipe do Nasf da unidade de Manguinhos, com o objetivo de compreender a visão dos profissionais das equipes e seu vínculo com a população de abrangência.

A terceira etapa a qual esse trabalho, desde seu projeto, se propôs foi a visita à unidade da Clínica da família Victor Valla que está responsabilizada pelo território de Manguinhos. Essa visita, entretanto, não pôde ser realizada devido a problemas relacionados à violência, justamente no local onde se localiza a clínica, no Bairro de Benfica. Apesar dessa falta, registro aqui que foi observado o Centro de Saúde Germano Sinval Faria (CSEGSF), que é um Departamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). O Centro de Saúde funciona em uma relação de interação com a Clínica da Família Victor Valla, de forma que os serviços oferecidos entre as duas instituições estão estritamente relacionados. A equipe de Saúde da Família e o NASF responsável por Manguinhos, inclusive, têm sua sede nesse Centro de Saúde.

Por último, foi realizada uma análise qualitativa do material das entrevistas, a fim de descrever as conseqüências da implantação do NASF na população e na estrutura de atendimento.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A eclosão da Reforma Psiquiátrica Brasileira acompanhou o “movimento sanitário” em 1970, quando se alastraram as lutas pela redemocratização política no país. Os ideais deste movimento apresentavam pontos em comum tais como: Defesa da saúde coletiva, mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde e participação dos trabalhadores e usuários no processo de gestão e produção do cuidado.

A eclosão do movimento da Reforma Psiquiátrica aconteceu no final da década de 70. Este período teve como marca a intensificação dos movimentos sociais pelos direitos e cidadania dos pacientes internos, fatos estes que geraram a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico.

O processo compreendido por Reforma Psiquiátrica agregou um vasto conjunto de transformações de valores culturais e sociais e, também de práticas e saberes na saúde mental. Seu histórico é composto pelas mais variadas contribuições e participações (universidades, conselhos profissionais, usuários e seus familiares) e expressa um viés político e social que se manifestou nos três tipos de governos: federal, estadual e municipal. A definição proposta pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) contempla os pontos principais desse processo:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p.91)

A crítica ao modelo hospitalocêntrico, como foi citado anteriormente, consolidou-se mais especificamente em 1978. Neste mesmo ano emergiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) comprometido em aprofundar as denúncias da violência e maus tratos que sofriam os pacientes internos, em criticar a hegemonia de uma rede privada de assistência que se apresentava, essencialmente, pautada no saber psiquiátrico e acomodada na defesa do modelo hospitalocêntrico de assistência.

Inspirados pela experiência italiana da desinstitucionalização da psiquiatria que estava carregada pela crítica radical ao manicômio, surgiram propostas e reações para o redirecionamento da assistência em saúde mental. Em 1987, aconteceu o II Congresso

Nacional do MTSM que adotou como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo ano, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental que centralizou o debate nos seguintes pontos: Economia, Sociedade e Estado - Impactos sobre saúde e doença mental; Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Um acontecimento que mereceu destaque, ainda no ano de 1987, foi o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, Unidade Luiz da Rocha Cerqueira mais conhecida como CAPS Itapeva. Os CAPS foram concebidos como unidades de atendimento intensivo e diário, cuja função seria de prestar atendimento a pessoas com grave sofrimento psíquico, diminuindo e evitando internações psiquiátricas, de forma que se estabelecesse uma articulação com a rede de serviços da comunidade, favorecendo assim a reinserção dessas pessoas no espaço social em que viviam. De acordo com a necessidade de cada região, estas unidades foram assim divididas:

CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes;

CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes;

CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este seria o único que funcionaria 24 horas, incluindo feriados e fins de semana);

CAPSi – atenderia crianças e adolescentes (até 17 anos de idade);

CAPSad - atenderia usuários de álcool e outras drogas cujo uso era considerado secundário ao transtorno mental clínico.

A implantação dos CAPS foi a primeira medida efetiva a conceber um novo modelo de atenção em saúde mental, que objetivava a superação da assistência puramente hospitalocêntrica. Outro fato marcante que aconteceu ao longo desse processo foi a intervenção da Secretaria municipal da Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta, fato este que obteve repercussão nacional e internacional. A Casa de Saúde Anchieta foi um hospital tradicionalmente psiquiátrico que funcionou por quase 30 anos em Santos. No entanto, devido a práticas abusivas do uso do choque elétrico, espancamentos e outros maus tratos aos internos, esta ficou conhecida com a Casa dos Horrores. Essa intervenção culminou no fechamento do hospital, tornando-se um marco no processo de Reforma Psiquiátrica no país, sendo lembrado ainda hoje no dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial.

No ano de 1989, foi levado ao Congresso pelo Deputado Paulo Delgado (PT/MG) o projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos dos portadores de transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país. Tal projeto só veio a ser

sancionado no ano de 2001 com a lei federal 10.216, que será discutida posteriormente neste trabalho.

Uma mudança amplamente significativa e que de forma alguma pode ficar à margem dessa discussão foi a promulgação, em 1988, da Nova Constituição Brasileira, que dentre outros avanços de fortalecimento democrático, implementou o SUS – Sistema Único de Saúde¹, trazendo novos conceitos para toda estrutura da Saúde no país.

A década seguinte foi especialmente marcada pela Declaração de Caracas, organizada pela Organização Mundial da Saúde na Venezuela, em 14 de novembro de 1990. Nesta declaração ficou sendo reconhecida pela OMS a ineficácia do tratamento hospitalocêntrico a partir do seguinte descrito:

- “1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;
2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:
 - a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;
 - b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
 - c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;
 - d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.”

A partir deste documento, ficaram estabelecidas as estratégias que deveriam ser implementadas no atendimento de reorientação à atenção em saúde mental, tendo como base a Atenção Primária à Saúde nos marcos dos Sistemas locais de Saúde. Então, é possível afirmar que foi a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, juntamente com a assinatura da mesma, que, na década de 1990, começaram a surgir no Brasil as primeiras normas federais que regulamentaram a implantação de serviços de atenção diária. Aconteceu também neste período o início do processo de expansão dos CAPS e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial que trabalham em associação ao CAPS). Porém, apesar da expansão, não houve a

¹ O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas [Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90](#), Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

regulamentação para o financiamento dos serviços nessas redes de atenção e, da mesma forma, não se elaborou um programa de redução de leitos que redirecionasse a atenção psiquiátrica para fora dos hospitais. Sendo assim, de acordo com o Ministério da Saúde, apesar de haver mais de 200 CAPS em funcionamento quase dez anos depois (por volta do ano 2000) , cerca de 93% dos recursos direcionados à saúde mental ainda estavam focalizados nos hospitais psiquiátricos.

No ano de 2001, a Lei de Paulo Delgado foi sancionada com algumas modificações do Projeto Original. A Lei 10.206, finalmente, reconheceu a cidadania do portador de transtornos mentais e redirecionou a atenção à saúde mental. Entretanto, não se notificou medida alguma que contemplasse a redução dos leitos que ainda se faziam presentes em hospitais psiquiátricos. A promulgação provocou um novo impulso na Reforma e, a partir da III Conferência em Saúde Mental, ficaram definidas mais claramente as políticas nesta área e um financiamento específico por parte do Ministério da Saúde para os serviços substitutivos ao hospital.

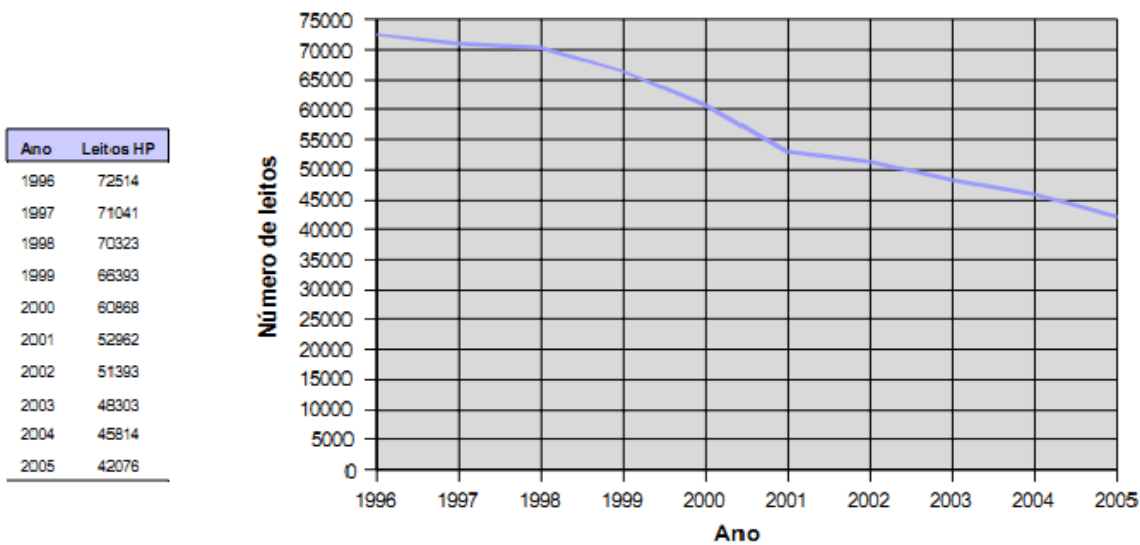
O processo de desinstitucionalização que estava se encaminhando constituía-se de uma série de medidas que buscavam retirar de foco a saúde mental do Hospital Psiquiátrico, e teve suas forças renovadas no ano de 2002, quando o Ministério da Saúde promulgou diversas normatizações que visaram a redução de leitos. Uma das medidas foi a criação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria). Esse Programa consistiu no estabelecimento de critérios para a avaliação de Hospitais Psiquiátricos, que passaram ao ser classificados de acordo com a qualidade da assistência como: “aqueles de boa qualidade; aqueles de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e portanto passaram por vistoria; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com cuidados necessários para evitar desassistência à população.” (Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental - Ministério da Saúde , 2005)

Em 2003, o Programa de Volta pra Casa foi instituído pela lei 10.708, proposta pelo Presidente Luíz Inácio Lula da Silva, representando uma das medidas mais eficazes de reintegração social das pessoas com histórico de internação. O programa visava a reinserção das pessoas com longo histórico de internação no convívio social através do pagamento de um auxílio no valor de R\$ 240,00 por mês durante o período de um ano, o que poderia ser reduzido ou prolongado de acordo com a avaliação da equipe de saúde que acompanharia o quadro de reinserção do ex-interno. Segundo esta Lei, para ter direito ao auxílio-reabilitação a pessoa precisaria ser egressa de internação psiquiátrica e seria garantida a ela, fora do

hospital, uma atenção continuada em saúde mental, garantia essa de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Esse processo de redução de internações psiquiátricas foi também retratado na diminuição gradativa que passou o orçamento do Ministério da Saúde com os gastos em Saúde Mental. O gráfico abaixo ilustra a queda dos gastos em hospitais dos anos de 1996 à 2005:

Gráfico 1 – Leitos Psiquiátricos SUS por ano (1996-2005)



Fontes : Até o ano 2000, SIH/SUS. Em 2001, SIH/SUS, corrigido. Em 2002-2003, SIH/SUS,

Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2004-2005, PRH/CNES.¹

Atualmente, após todas essas medidas já citadas, a situação da saúde mental no Brasil configura-se de forma bem diferente. O acesso à atenção em saúde mental, desde o início desse processo, aumentou consideravelmente. Dados de pesquisas do Ministério da Saúde indicam que, o serviço de saúde mental não hospitalar atinge cerca de 63% de cobertura, “com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos” (Ministério da Saúde, 2010).

Como podemos observar no gráfico acima, a quantidade de leitos em 1996 apresentava-se num total estimado entre 70.000 e 75.000, número que foi reduzido em 2005 aproximadamente para 45.000. Neste mesmo sentido, dados mostram que em 2009, apenas quatro anos depois, as medidas de desregulamentação dos hospitais psiquiátricos apresentaram uma abrangência significativa. Esta realidade pode ser constatada através de uma queda relativamente alta de redução do número de leitos no Brasil, atingindo uma baixa

de 35.426. Atualmente, 44% dos leitos estão em hospitais psiquiátricos de pequeno porte, e pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas. “Desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares tornaram-se maiores do que os gastos hospitalares. No ano de 2009, 67,7 % dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias” (Ministério da Saúde, 2010).

Apesar de todos os avanços em termos estruturais, há ainda muito a ser feito em termos de inclusão social e atenção básica voltada para a saúde mental. Nesse sentido, é importante a compreensão de que a Reforma Psiquiátrica é um processo em andamento, no qual o trabalho deve estar comprometido com a superação dos desafios a ela impostos.

3 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1 SOBRE O PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família foi implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, apresentando-se como um resultado concreto da luta pela reorientação do modelo assistencial em saúde que vinha se intensificando desde a VII Conferência Nacional de Saúde.

Em conformidade com os princípios do SUS, as ideias presentes nesse processo de transformação visavam a descentralização do fazer saúde do Modelo Hospitalocêntrico para um modelo mais flexível de atenção pautado na Assistência Social. Esse ideal se estendeu pelas diversas áreas da saúde, sendo ele, inclusive, a base da Luta Antimanicomial, já citada neste trabalho.

O SUS foi instituído em 1988 pela Lei Orgânica da Saúde (lei nº. 8080/90) e é também uma das conquistas dessa luta pela reorientação da saúde pública, sendo reconhecido hoje como o primeiro passo para a democratização da saúde no Brasil. Existem no SUS três princípios principais, nos quais está baseada toda a política de saúde, sendo eles: Universalidade, integralidade e equidade. Sobre Universalidade, de forma simplificada, entende-se que todo cidadão tem direito ao acesso à saúde, estando esse princípio assim descrito pela Lei 8080/90 :

I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

Sobre integralidade, entende-se que a saúde é composta por uma união de diversos aspectos:

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Por último, sobre equidade entende-se que cada cidadão deve ser atendido de acordo com suas necessidades:

III- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Sob esta ótica do direito prescrito no SUS, o Ministério da Saúde define o programa como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, que deve ser operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A iniciativa do PSF deve ser entendida como uma nova forma de trabalhar a saúde, que tira o

foco somente do indivíduo, “e torna a família o objeto precípua da atenção” (Ministério da Saúde). A partir do programa, vigora na ação em saúde uma nova visão no processo de intervenção, na medida em que se prioriza a prevenção de doenças na comunidade como foco principal de ação. As equipes multiprofissionais são responsáveis por um território delimitado que abrange um número definido de famílias, e atuam com medidas para promoção e prevenção de saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Nesse sentido o Ministério da Saúde definiu o PSF (Programa de Saúde da Família) a partir de um objetivo geral e amplo e outros específicos, a fim de tornar público os princípios no qual se baseiam toda a estrutura e ações do Programa. Do objetivo geral, escreve-se: “Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.” Dentro dessa definição, a atuação das equipes deve ser pensada e orientada a partir dos seguintes parâmetros também definidos pelo Ministério da Saúde:

- . Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- . Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.
- . Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.
- . Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- . Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- . Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- . Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- . Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Observando os objetivos e as pretensões do Programa de Saúde da Família, percebe-se que ultrapassam os limites da definição de programas, que geralmente, possuem um objetivo a

ser alcançado dividindo-se em etapas com início e uma estimada estagnação. Portanto, uma vez que o PSF não se estrutura em uma série de atividades paralelas, e sim em uma estratégia de reorientação da atenção primária à saúde, não se enquadra como um programa. É devido a isso, que o PSF foi redefinido para Estratégia da Saúde da Família, a fim de um melhor enquadramento em termos de definições.

3.2 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E O SEU TRABALHO NO TERRITÓRIO

Devido à falta de características típicas dos programas implantados pelo Ministério da Saúde, como foi citado anteriormente, o Programa de Saúde da Família teve sua nomenclatura adaptada para Estratégia da Saúde da Família, atuando hoje como porta de entrada da população ao sistema local de saúde. Como já preconizava o PSF, as medidas utilizadas pela ESF tomaram o posto de Atenção Primária à saúde, na qual a família passou a ser o objeto de atenção no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença.

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004, p.?)

A ESF em suas diretrizes preconiza primordialmente a promoção, proteção e recuperação da saúde, características típicas do nível primário de atenção. Nesse sentido, está designado às equipes de trabalhadores, chamadas de multidisciplinares, manter comunicação constante entre os integrantes da equipe de forma que haja uma troca de experiências e de conhecimentos à serviço de uma melhor compreensão dos casos do território. Essas equipes multidisciplinares devem ser compostas, no mínimo, por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde.

É sob a ótica da responsabilização, conceito que diz respeito à atribuição de responsabilidade, que é organizado o trabalho em equipe. A forma de atuação das equipes pauta-se na noção de um território específico e bem delimitado, de forma que cada equipe seja responsável por um território com uma população fixa. Acredita-se que assim se possa

compreender as necessidades da população de abrangência e trabalhar de forma a estabelecer medidas que venham prevenir e promover saúde. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de mil famílias de uma determinada área, que também passam a ter uma relativa co-responsabilidade no cuidado com a saúde. Sobre a co-responsabilidade atribuída às famílias, entende-se que da mesma forma que a equipe multidisciplinar irá agir de forma a identificar fatores de risco e/ou agravantes da saúde da população de abrangência. A eficiência do serviço de atenção básica acontece na medida em que a população acata as intervenções e sugestões dos profissionais, sendo, portanto, uma via de mão dupla.

A atuação das equipes ocorre, principalmente, nas residências, nas unidades básicas de saúde e na mobilização da comunidade. Sobre a atuação, pode-se afirmar, resumidamente, que se caracteriza por porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, que trabalha com uma população delimitada sob sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco a que a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; e por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

3.3. CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS

Para o planejamento do trabalho das equipes, é necessário que haja o cadastramento das famílias que irão compor o território abrangido. Com essa medida, os profissionais das equipes podem fazer o reconhecimento das necessidades epidemiológicas e sócio-econômicas específicas para aquela população e trabalhar a partir delas. “Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas.

“Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/ equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência” (MS, 1997). Uma inflexão a ser feita a partir dessa forma de trabalhar é que, em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, todo o trabalho desenvolvido pela ESF é baseado no seguinte pressuposto: “*quem* planeja deve estar imerso na realidade sobre *a qual* se planeja” (MS, 1997)

A partir do cadastramento, então, os profissionais fazem um acompanhamento das famílias, realizando visitas periódicas a cada uma delas. Cada grupo de famílias é acompanhado por um Agente de Saúde que é responsável por verificar as necessidades de cada uma delas e desenvolver com a equipe uma medida de intervenção que venha supri-las.

A atuação das equipes inclui as seguintes atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde:

- visita domiciliar - com a finalidade de monitorar a situação de saúde das famílias. A equipe deve realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde em micro áreas, selecionadas no território de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades e racionalização do emprego dessa modalidade de atenção.

- internação domiciliar – É um componente que não substitui a internação hospitalar tradicional. Entretanto, deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Por isso, só deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente a permitirem. A hospitalização deve ser feita sempre que necessária, com o devido acompanhamento por parte da equipe

- participação em grupos comunitários - a equipe deve estimular e participar de reuniões de grupo, discutindo os temas relativos ao diagnóstico e às alternativas para a resolução dos problemas identificados como prioritários pelas comunidades.

É dentro dessa linearidade que transcorrem as ações da Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, o PSF, nem sempre consegue dar suporte a todo tipo de demanda que compõe o território, uma vez que o campo da saúde é complexo e muito diverso. A Saúde Mental, por exemplo, não está incluída nas medidas de Atenção Básica fornecidas pelo PSF. É nesse sentido, que surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que trabalham em uma relação de apoio matricial com a ESF, dando suporte profissional às equipes.

4 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU FUNCIONAMENTO

4.1. OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF):

A Estratégia de Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde embasado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é previsto no SUS. É devido a esse caráter de Atenção Básica e primária que surgiu com a ESF, que é revelado como possível e eficiente um novo perfil de atenção à saúde, que não está pautado somente no tratamento propriamente dito, mas tem como foco a prevenção. Hoje, a ESF representa, no escopo da saúde pública em nosso país, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde, sendo assim, fazem-se, constantemente, necessárias medidas que trabalhem em prol do melhoramento dos serviços oferecidos. A partir desse contexto é que são criados Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008, como uma iniciativa estratégica tomada pelo Ministério da Saúde, a fim de fornecer apoio profissional a ESF.

Nesse sentido, seu principal objetivo é fornecer auxílio na distribuição da Atenção Básica, como está descrito pela portaria 154, que cria o Nasf:

Assim é que, dentro do escopo de apoiar à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009, MS)

Os NASF devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios onde atuam as equipes de Saúde da Família. Uma vez que o estabelecimento do Nasf é uma medida complementar de apoio, os profissionais que o compõem não têm a responsabilidade de oferecer atendimento direto e individualizado, o que só deve acontecer em “situações extremamente necessárias” (caderno de diretrizes do NASF, 2009). O Nasf é responsável, justamente, por fornecer apoio à Saúde da Família. Esse apoio pode ser fornecido através das reuniões de coordenação do cuidado, ou, eventualmente, no que se denominou interconsulta, que serão discutidas posteriormente. O importante é ressaltar que apesar de estar vinculado à ESF, o NASF não se constitui como porta de entrada à Atenção Primária tal como a ESF, mas

sim como uma medida estratégica que trabalha no sentido de melhor estruturar o atendimento fornecido pela Estratégia de Saúde da Família.

A regulamentação desses núcleos encontra-se na portaria 154, publicada em 4 de março de 2008, que definiu dois tipos de modalidades específicas dentro do NASF:

- Tipo I: vinculado no mínimo a 8 Equipes Saúde da Família - ESF e no máximo a 20 Equipes Saúde da Família – ESF. Este núcleo é composto por ao menos 5 profissionais de uma lista definida na portaria citada.

- Tipo II: vinculado no mínimo a 3 Equipes Saúde da Família – ESF, composto por ao menos 3 profissionais de uma lista definida na portaria.

Ainda na Portaria 154 são definidos os profissionais que podem compor cada modalidade do Nasf. O **NASF tipo I** (NASF 1) poderá ser composto por: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Enquanto, o **NASF tipo II** (NASF 2), abre sua composição para: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

Recentemente, no ano de 2010, foi criado, pela portaria 2.843 o NASF modalidade 3, voltado, especificamente, para usuários de crack, álcool e outras drogas. A criação dos NASF 3 se desenvolveu mediante ao atual avanço dos problemas com álcool e drogas principalmente na população jovem e adolescente, que ocorreu de tal forma que tornou o problema uma questão de saúde pública. Nesse sentido, o estabelecimento dos NASF 3 objetiva promover a atenção integral em saúde e saúde mental, “prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas. Pode ser estabelecido em Municípios com porte populacional menor que 20.000 (vinte mil) habitantes, devendo obedecer ao disposto na Portaria Nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, que cria os NASF” (Portaria 2.843, art. 1º).

Assim como o NASF 2, o NASF 3 também deve estar vinculado à, no mínimo, 3 equipes de Saúde da Família, e, em contrapartida, sua composição profissional iguala-se ao NASF 1, pois são incluídos os profissionais médicos ausentes na composição do NASF 2.

Um Nasf deve trabalhar de forma a apoiar a inserção da Estratégia da Saúde da família em um determinado território e é a partir dessa variedade de profissionais, que está o diferencial da proposta do Nasf, uma vez que a ESF, por si só, não abrange todas essas áreas. Nesse sentido, o Nasf deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da

Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sempre que forem convocadas.

4.2. O TRABALHO DO NASF A PARTIR DE SEUS PRINCÍPIOS:

Os profissionais que compõem o NASF devem agir de acordo com princípios e conceitos que regem a atuação dos NASF. Para a compreensão da órbita de trabalho desses profissionais faz-se necessário e primordial a compreensão do conceito de apoio matricial, que é como é denominado o apoio fornecido pelo NASF.

Esse apoio compreende-se a partir do processo de trabalho das equipes de referência, que é como são denominadas as equipes de SF, em conjunto com o NASF. Essas equipes orientam-se por um tipo específico de trabalho que se baseia na “responsabilização de pessoas por pessoas” (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009), no qual há uma relação de responsabilidade por um território de abrangência específico. Dentro dessa perspectiva, o Nasf ao oferecer apoio matricial dará suporte assistencial, técnico e pedagógico para as equipes de referência. “A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem misturar-se nos diversos momentos. É nesse sentido que “as equipes do NASF terão dois tipos de responsabilidades: sobre a população e sobre a equipe de SF” (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009).

Percebe-se, portanto, que o conceito de apoio matricial no NASF está intimamente ligado à educação permanente dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, entre as equipes deve haver o entendimento de que o pressuposto fundamental da proposta do NASF é “que deve ocorrer a compreensão do que é conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a equipe de SF e o referido especialista. Tal conhecimento, todavia, é sempre situacional e mutante”. (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009).

Tendo em vista que a medida de implantação do NASF está vinculada a uma estratégia da ESF, não se pode negar que o NASF abraça os mesmos desafios das equipes de SF, que caminham sempre no sentido de promover a ampliação de sua cobertura populacional e de sua integração à rede assistencial. Para isso, dentro da proposta do NASF trabalha-se levando em conta os pressupostos, que se constituem em etapas, sendo elas: *Conhecimento, Gestão das Equipes e Coordenação do Cuidado*.

Primeiramente, para que o trabalho territorializado desenvolva-se com eficácia, é necessário que haja um conhecimento das principais questões da população desse território, de forma a reconhecer o contexto social, econômico e sanitário ao qual se insere. Entende-se que “Quanto maior o reconhecimento dos problemas dos usuários pelos profissionais, maior a probabilidade de melhora subsequente” (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009).

Nessa lógica, a equipe de referência deve buscar aprofundar-se nos problemas que demandam essa população de forma a estudá-los para alcançar sua resolutividade. Assim como há, em um dado território, problemas gerais e mais veementes, há também problemas mais específicos. Assim sendo, as equipes também deverão conhecer as especificidades de seu território para fornecer um suporte de atenção, literalmente, integral e universal. A participação do NASF insere-se nessa etapa do trabalho, justamente, com o fornecimento de um apoio especializado às equipes que deve ocorrer a partir de um processo de discussão, negociação e análise dos gestores juntamente com as equipes de SF. “O NASF, então, poderá contribuir também com as equipes de SF nos temas menos prevalentes em que ela considere fundamental acrescentar competências.” (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009).

Outro pressuposto é a gestão, que está pautada sobre a organização constante de planejamentos em equipe. Essa etapa consiste em estabelecer espaços rotineiros de reunião para *pactuar e negociar* o processo de trabalho, o que pode ser realizado a partir de diversas medidas como: discussões de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão das filas de compartilhamento (encaminhamento), critérios de avaliação dos trabalhos, resolução de conflitos etc. Essa etapa parte do princípio de que não basta o estabelecimento de uma equipe NASF que fornecerá apoio com profissionais especializados, se não houver organização e planejamento conjunto. Nesse sentido, “torna-se necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção, do trabalho transdisciplinar” (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009).

Tem-se também como uma das etapas a coordenação do cuidado, que é uma das características mais fundamentais da Atenção Primária à Saúde. Trata-se, em síntese, da postura de responsabilização que deve ser assumida pela equipe de SF mesmo quando a parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa sob seu território de abrangência for realizada em outros níveis de atendimento. Nesse sentido, “O nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que freqüentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si” (Startfield, Bárbara, 2002). Na realidade, é de suma importância a participação da equipe de referência junto a esses outros profissionais, uma vez que as equipes mantêm contato

constante com o indivíduo e a família, o que a permite uma melhor compreensão do contexto e da significação do problema.

Tendo em vista o exposto, percebem-se como as três etapas do trabalho são intimamente relacionadas entre si, já que não existe a possibilidade de se conceber a coordenação do cuidado sem gestão, assim como essas duas etapas são também impossibilitadas se não houver o conhecimento do território e da população. Para que se alcance o máximo de resolutividade possível é necessário, então, que as três etapas sejam reconhecidas como fundamentais e indispensáveis e que sejam realizadas periodicamente em conjunto.

Percebe-se, portanto, que todo o trabalho do NASF está pautado sobre esses três marcos: Conhecimento, Gestão das Equipes e Coordenação do Cuidado. A responsabilidade de atender às diferentes demandas de um território exige que os profissionais estejam juntos nessa relação de responsabilidade. Para isso, as equipes devem reunir-se periodicamente a fim de formularem, em conjunto, medidas e “estratégias de gestão que integrem os diferentes campos de cuidado no território.” (Caderno do Nasf, 2009)

Para atender à esse desafio de promover saúde mesmo com as diferenças nas demandas, uma das medidas adotadas é a formulação periódica de *Projetos terapêuticos singulares (PTS)*. Esses projetos consistem em “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.” (Clínica Ampliada, Equipes de referência e PTS – Ministério da Saúde, 2011)

Esses projetos, como a própria denominação denuncia, são formulados para atender a situações específicas. O momento de formulação do mesmo deve ocorrer a partir das reuniões em equipe, quando será distinguido qual o papel de cada profissional no caso específico discutido na reunião. Além de qualquer objetivo, essa medida visa atender de forma eficaz, ou seja, em sua integralidade, os diferentes casos que demandam o território.

4.3. DAS DIRETRIZES DO NASF:

A integralidade é um princípio que compõe o próprio Sistema Único de Saúde, apresentando-se como uma de suas diretrizes básicas. O conceito de integralidade carrega um significado histórico oriundo do movimento sanitário pela Saúde Coletiva de forma que, atualmente, possui diversas significâncias. Entretanto, em relação às estratégias de trabalho da Saúde da Família e do NASF, tal conceito pode apresentar sentidos considerados principais:

“como a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; como as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e também como a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população” (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009).

Diante de tais evidências, a integralidade deve ser entendida, essencialmente, como uma medida posta para se evitar qualquer tipo de fragmentação na Atenção Primária à Saúde, que é responsabilidade da ESF. Assim, “deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes, no qual deverá reconhecer demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção, assim como ações curativas e reabilitadoras” (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009).

A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo constante nas estratégias. Em tal contexto, as equipes dos NASF deverão atuar em conjunto com as equipes de Saúde da Família, fornecendo apoio para que possam agir de encontro não só à integralidade, mas também à resolutividade, à qualidade do cuidado, às ações de promoção de saúde e ao acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos.

Além do princípio fundamental da integralidade, o trabalho do NASF é orientado por outras diretrizes a conhecer: Território; Educação Popular em Saúde; Interdisciplinaridade; Participação Social; Intersetorialidade; Educação Permanente em Saúde; Humanização; Promoção da Saúde.

Primeiramente, assim como a ESF, é a partir da noção de território bem delimitado que o NASF focaliza sua atuação. É necessário considerar que cada território é único em seu contexto, e considera-se aqui contexto em sua forma mais abrangente: social, econômica, sanitária, política, etc. Dentro deste escopo, as questões e problemáticas de cada território são únicas e englobam questões que, para um trabalho em saúde contínuo e eficaz, devem ser estudadas em equipe. “É nele que se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito a fusão entre o local e o global.” (Caderno de diretrizes do NASF, 2009)

Tem-se também a Educação Popular em Saúde que possibilita, basicamente, que a equipe conheça a realidade da população, o que permite uma aproximação entre o profissional e o paciente e/ou a família. Sobre essa diretriz o Ministério da Saúde define: A Educação Popular em Saúde tem como finalidade a apuração, a sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar das pessoas. Deve ser um modo orgânico,

participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios, por meio dos indivíduos, como sujeitos do seu próprio processo de trabalho, do seu conhecimento.

A interdisciplinaridade, como o próprio processo de formação da palavra anuncia, é “o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam” (Caderno de diretrizes do NASF, 2009). A partir dela, é possibilitada uma permeabilidade entre os campos que compõem o conhecimento em saúde, a partir de um compartilhamento de saberes. Dentro desse sentido, o Ministério da Saúde, afirma que a interdisciplinaridade deve ser vista como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço.

Deve-se prezar no trabalho do NASF a participação social que, por sua vez, envolve diretamente o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais, valorizando a expressão da população de abrangência. Esse é o fator que se refere à busca incessante por uma participação efetiva, essencialmente na concepção e ação da ESF, que apresenta como característica fundamental de sua identidade o compromisso com uma proposta que defende um modelo descentralizado de atenção.

É certo que a própria Estratégia de Saúde da Família reconhece a existência de uma complexa rede de determinantes sociais na saúde, logo existe a necessidade de uma maior ampliação do conceito de saúde, profissionais e equipes de trabalho articulado que, por vezes, estão fora do próprio setor da ESF. É nesse sentido que a intersetorialidade deve permear as ações da ESF e do NASF: promovendo a articulação entre sujeitos de setores diversos, a fim de abordar uma situação agravante em conjunto. “Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.” (Caderno de diretrizes do Nasf, 2009)

A Educação Permanente em Saúde é uma forma de manter atualizados os saberes e práticas em saúde, para que, concomitante a essa atualização, seja constante também a reorganização das práticas no setor. Sendo assim, esse processo permite verificar periodicamente a forma de trabalho da equipe, o que possibilita um processo de aprimoração das práticas, sempre visando a uma maior resolutividade.

No campo da Saúde Pública, a humanização “volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos” (Campos, 2000). Isso se dá em tal medida que atender melhor o usuário depende inteiramente da sintonia entre as condições de trabalho e a participação de todos os sujeitos inseridos no processo de promoção, prevenção, e de uma forma mais ampla, produção da saúde.

O conceito é concretizado em 2003 como Política Nacional de Humanização (PNH) e está, hoje, de tal forma enraizado na Saúde Pública que é conhecido como “eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS” (Ministério da Saúde - Humaniza SUS). Orientada pelos princípios da transversalidade² e da indissociabilidade entre atenção e gestão, a humanização está intimamente relacionada com a construção de uma nova relação seja entre as políticas e programas de saúde, “seja entre as instâncias de efetuação do Sistema Único de Saúde (SUS), seja entre os diferentes atores que constituem o processo de trabalho em saúde”

Nesse sentido, em uma contextualização voltada para o NASF, o Ministério da Saúde admite a seguinte definição sobre Humanização: Deve ser entendida como uma possibilidade de transformar as práticas de atenção e gestão no SUS, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários, atores sociais implicados com a produção de saúde. Resulta, portanto, inteiramente da relação entre o profissional e o usuário e só é efetivada quando os princípios do SUS são traduzidos a partir da experiência concreta do trabalhador.

Por último, tem-se a diretriz definida por Promoção à Saúde, que diz respeito a uma proposta da ESF que busca dissociar o foco do atendimento em saúde do tratamento propriamente dito. A partir da Promoção à Saúde entende-se que a prevenção é essencial no construir saúde sob a lógica da promoção à saúde. A concretização desse novo parâmetro está no desenvolvimento de ações cotidianas que “preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis.” (Caderno do NASF, 2009) Essas ações poderão ocorrer tanto ao nível da clínica quanto na realização de grupos participativos sobre as suas necessidades específicas ou na comunidade.

Para a aplicação prática desse conceito, faz-se necessária a compreensão de que a saúde é um aspecto complexo das pessoas e que não se limita a ausência de doença, mas estende-se através de diversos fatores como o contexto social, econômico, político etc. Para tanto, não basta compreender a existência desses fatores coadjuvantes pura e simplesmente como um contexto, mas deve-se trabalhar em cima deles, promovendo medidas que busquem mais qualidade de vida, o que, por conseguinte, exige constante reflexão das práticas do setor saúde.

4.4. A INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO NASF

A Política Nacional de Saúde Mental, como já foi visto no capítulo I, tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, a partir da desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, foram estabelecidas uma série de medidas que visam ao mesmo tempo que desapropriar o estabelecimento hospitalar da função de atender qualquer tipo de demanda, promover medidas que se organizem de forma paralela, a fim de dar assistência àqueles que necessitam do serviço de saúde mental.

Para esses fins, mostram-se de extrema importância os serviços de toda a rede de saúde que disponibiliza o acesso à Saúde Mental. Faz-se presente esse tipo de serviço nos CAPS, nos NAPS e, caminhando para um período mais recente, também na ESF com a participação especializada do NASF-Saúde Mental.

A importância da inclusão da Saúde Mental no apoio matricial fornecido pelo NASF é de grande relevância devido, principalmente, ao patamar ao qual se coloca a serviço. O NASF está conjugado às medidas da ESF e, portanto, toda sua estrutura e organização de trabalho provém dela e é compartilhada pelas equipes que a compõem. Para tanto, é também atribuído ao NASF a vinculação à Atenção Primária à Saúde. Sendo assim, a Saúde Mental por fazer parte da composição do NASF penetra a Atenção Primária e passa a ser reconhecida como necessária no processo de Promoção à Saúde.

As equipes de Saúde da Família precisam ter o apoio e trabalharem próximas aos profissionais e serviços de saúde mental. O trabalho integrado das equipes de SF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades. Também propicia um uso mais eficiente e efetivo dos recursos e pode aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

(Ministério da Saúde, 2009)

A partir dessa inclusão é que a Saúde Mental passa a ser reconhecida como um componente que não está necessariamente atrelado a um processo de patologia mental, mas a todo e qualquer tipo de sofrimento-subjetivo psíquico que qualquer doença, seja ela de natureza mental ou não, pode ocasionar.

Além disso, a proposta a que se põe a serviço a saúde mental está estreitamente relacionada com a própria forma de atuação da Estratégia de Saúde da Família. Princípios como a atuação no contexto familiar, a continuidade do cuidado e a organização em rede, são questões fundamentais para ambas. “É primordial, então, incluir ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da APS, as ações de saúde mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico.” (Caderno de diretrizes do NASF, 2009)

4.5. O NASF E SUA ATUAÇÃO NA SAÚDE MENTAL:

O trabalho do NASF - Saúde Mental em articulação às equipes de referência ocorre, primordialmente, em uma relação de Apoio Matricial. Sendo assim, os profissionais do NASF devem fornecer apoio especializado às equipes, principalmente quando houver no território, problemáticas que fogem aos recursos das equipes de referência. Nesse sentido, o compartilhamento de conhecimentos através da discussão de caso, faz-se primordial nesse processo de apoio matricial.

Quanto às ações a serem desenvolvidas pelo NASF na área da saúde mental, todas devem ser orientadas pelas mesmas diretrizes que regem a estruturação do NASF. “As particularidades da saúde mental na Atenção Primária e a necessidade de ampliação da clínica devem fazer parte do conhecimento e do cotidiano dos profissionais das equipes do NASF que trabalharão junto às equipes de Saúde da Família. Busca-se evitar ações fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolubilidade nesse nível de atenção.” (Diretrizes do NASF, 2009, pg.42)

Existem, porém, algumas prioridades e alguns eixos que orientam as ações em saúde mental, que visam um melhor funcionamento desse serviço em rede. O quadro abaixo, retirado do Caderno de diretrizes do NASF (edição 2009), enumera as diretrizes gerais adaptadas para a atuação na área da Saúde Mental:

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.

2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).
3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.
4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família.
6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.
7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

De acordo com o item 2 do quadro, as ações em saúde mental devem priorizar o atendimento do caso mais grave para o caso menos grave uma vez que os casos mais graves oferecem risco a população de abrangência. Sendo assim, há uma relação de casos que representam prioridades no atendimento fornecido pela ESF. Essa relação, presente no quadro abaixo, foi estabelecida pelo Ministério da Saúde e publicada no Caderno de Diretrizes do NASF (edição 2009):

- Cárcere privado;
- Abuso ou negligência familiar;
- Suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes, além de outras evidências de violência intrafamiliar;
- Situações de violência entre vizinhos;
- Situações de extremo isolamento social;
- Situações de grave exclusão social (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua);
- Indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar;
- Uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica;
- Problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas;
- Crises psicóticas;
- Tentativas de suicídio;
- Crises convulsivas e conversivas.

Nas situações citadas acima, a organização das práticas do cuidado formuladas pelo NASF junto às equipes faz-se de suma importância. Esse trabalho integrado através do compartilhamento de conhecimentos mostra-se importante, principalmente, para que se evite um processo de fragmentação das práticas em saúde na ESF.

De acordo com o Ministério da Saúde, “muitas pessoas que chegam à APS frequentemente apresentam vários problemas ao mesmo tempo (problemas psicológicos, físicos e sociais), com alto grau de comorbidade. Geralmente, há coexistência de quadros depressivos, ansiosos, de somatização e abuso de substâncias.” Esse quadro no campo da saúde mental, indica a necessidade de se estender à ampliação de medidas que integrem a atenção básica à saúde mental. A partir de medidas desse gênero, as ações em saúde mental alcançariam uma abrangência cada vez maior nos serviços que potencializam o atendimento e possibilitam a “detecção e a capacidade resolutiva para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, bem como desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde” (Caderno de diretrizes do NASF, 2009).

5 O TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

5.1. SOBRE O TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

O Bairro de Manguinhos, assim chamado por localizar-se em uma região que era, originalmente, constituída por manguezais, está localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, entre a Rua Leopoldo Bulhões e a Avenida Brasil. De forma geral é conhecido como Complexo de Manguinhos e sua composição se dá em três comunidades-favela principais: Amorim, Mandela e Coréia.

O território conta “com cerca de 50 mil moradores, e apresenta um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município” (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD/2009). Essa estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos a nível nacional, sendo estabelecido em um parâmetro de 0 a 1, quanto mais próximo do 1, melhor e mais desenvolvido é o local abordado. Enquanto bairros cariocas como a Gávea, na zona sul da cidade, apresentam um IDH de 0,970, típico de países desenvolvidos, o complexo de Manguinhos registra um IDH de 0,726, o que o coloca como um dos menos desenvolvidos do município, perdendo apenas para o Complexo do Alemão que apresenta um índice de 0,711 (Armazém de Dados, Prefeitura do Rio)

O processo histórico que deu origem a Manguinhos é de extrema importância para a compreensão das características do bairro atualmente. O ano de 1886 marca o início do fenômeno de urbanização do bairro, a partir da instalação de linhas férreas “que atravessaram, os terrenos loteados e ocupados por fazendas desde 1760” (Histórias de tempo e pessoas, Laboratório Territorial de Manguinhos, FIOCRUZ). As facilidades que surgiram a partir dessa nova via de acesso propiciaram “a instalação de instituições como o Instituto Soroterápico (1900), hoje Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, a ECT, EMBRATEL, CCPL, CONAB, Souza Cruz, a Refinaria de Manguinhos” (Histórias de tempo e pessoas, Laboratório Territorial de Manguinhos, FIOCRUZ), o que caracterizou Manguinhos, por um determinado período como um bairro industrial.

A ocupação do bairro ocorre em três momentos principais marcados pelas décadas de 40, 50 e 80 do século XX. O início da ocupação do bairro pode ser observado gradativamente desde o final da década de 40. Entretanto, é a partir dos anos 50, que esse processo passa por uma aceleração considerável devido as políticas de remoção de “pessoas de outras áreas da cidade como a zona sul, centro, zona portuária e zona norte para serem alojadas nos Centros

de Habitação Provisório 2 (CHP2) em Manguinhos” (*Histórias de tempo e pessoas*, Laboratório Territorial de Manguinhos, FIOCRUZ), onde aguardaram por uma próxima remoção que os levara aos Conjuntos Habitacionais e Parques Proletários.

A partir da década de 80, foram instalados na região conjuntos habitacionais, o que ocorreu concomitantemente ao surgimento de invasões em massa na área. Desde então, a área vem sofrendo com o esvaziamento econômico, uma vez que as poucas indústrias que existiam em seu entorno foram extintas ou se transferiram para outras localidades.

Atualmente, Manguinhos é conhecido por ser solo de tráfico de armas e drogas, o que tem provocado inúmeros confrontos armados entre policiais e traficantes de drogas ou entre quadrilhas de traficantes rivais. Por esse motivo, a linha férrea da Supervia que realiza o trajeto da Central até Saracuruna é conhecida por Faixa de Gaza, em alusão a zona de conflito da Palestina.

Um problema recorrente enfrentado pelos moradores do Complexo de Manguinhos são as condições sanitárias, que são agravadas pelo atual abandono do poder público do local. Há na região um rio completamente poluído que corta o Complexo de bairro a bairro. Existem famílias que residem nas encostas do rio sendo submetidas ao mal cheiro que é exalado, além de estarem vulneráveis à propagação de diversas doenças. Uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz apontou que “crianças e adolescentes do bairro têm quinhentas vezes mais chances de desenvolver câncer e deficiências neurológicas por exposição ao chumbo, especialmente pela proximidade com rodovias e linhas férreas, do que crianças e adolescentes de outros bairros.” (*Histórias de tempo e pessoas*, Laboratório Territorial de Manguinhos, FIOCRUZ).

5.2. O PROJETO TEIAS – SAÚDE MENTAL

É nesse contexto de configuração sanitária precária que a presença da Estratégia da Saúde da Família faz-se de grande importância, uma vez que tão somente a aplicação da saúde sob uma perspectiva de território consegue abranger esses aspectos de forma eficaz e levá-los em consideração na avaliação da saúde da população.

O Território de Manguinhos, no que diz respeito a atuação da ESF, conta com um projeto que visa o fortalecimento da Atenção Primária à saúde, denominado TEIAS – Escola Manguinhos (Territórios Integrados de Atenção à Saúde). A proposta que estrutura as ações do TEIAS “visa constituir, no bairro de Manguinhos, um território integrado de saúde, com um modelo participativo de gestão em saúde enfocando a intersetorialidade e os determinantes sociais da saúde” (Informe ENSP, TEIAS, 2010) . Nesse sentido, suas ações buscam integração entre as ações de vigilância e promoção às ações de atenção à saúde, e isso através da Estratégia da Saúde da Família, que promove assistência, ensino e pesquisa no território.

A atuação do TEIAS como projeto consiste em integrar as equipes de saúde de Família do território, visando uma melhor relação entre elas, enquanto equipes de referência. “Atualmente, o TEIAS – Escola Manguinhos é composto por treze equipes de saúde da família distribuídas em dois equipamentos de saúde: A Clínica da Família Victor Valla (CFVV) e o PSF Manguinhos localizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/FIOCRUZ)” (Territórios Integrados de Atenção à Saúde). O PSF Manguinhos tem sua sede no CSEGSF, porém o Centro de Saúde como unidade de saúde apresenta-se, na realidade, como referência especializada, em nível secundário, de forma que não compõe a atenção primária, mas está associado a ela compondo um braço essencial na rede de serviços articulados a ESF.

A Saúde Mental é uma divisão do TEIAS que deve trabalhar de forma a tentar atender as demandas de Saúde Mental do território. Para isso, faz-se necessário a organização do trabalho através da gestão do serviço, da qualificação dos profissionais e, essencialmente, do conhecimento das demandas locais inseridas no território. Nesse sentido engloba-se, nas ações em saúde mental, uma série de serviços articulados em rede, que se relacionam entre si, proporcionando uma articulação entre os recursos comunitários, assistência social e os demais serviços em saúde mental.

O cuidado em Saúde Mental deve ser norteado pelos mesmos princípios regidos pelo SUS e acompanhados pela ESF. O que se preza, primeiramente, é a integralidade nas ações

em saúde, que deve proporcionar um atendimento integral nos diversos componentes da saúde da população. Tem-se também a acessibilidade, ou seja, acesso viável aos serviços de saúde pela população. Equidade, ou seja, igualdade na distribuição dos serviços, o que é determinado pela proporção de necessidade do mesmo. Ressalta-se aqui, que igualdade não é, necessariamente, o fornecimento de um serviço na mesma intensidade em duas áreas diferentes, mas sim, a disponibilidade dos diversos serviços de acordo com a demanda que apresenta cada território de ação. Outro norteador constitui-se na desinstitucionalização, que visa a descentralização do cuidado, colocando a Atenção Primária como a barreira para os encaminhamentos desnecessários a serviços hospitalares ou ambulatoriais. O que permite continuidade do cuidado, e uma melhora progressiva na saúde populacional é o acompanhamento periódico permanente que deve ser feito pelas equipes de referência. Por último, gestão em rede é o que permite a efetiva integração entre as equipes e monitoramento das atividades realizadas no território. É através da gestão que todo o trabalho é organizado e compartilhado em equipe.

Os objetivos do TEIAS a serem alcançados a partir dos pressupostos acima são:

- Promoção/Agenciamento do cuidado em saúde Mental na região do TEIAS/Manguinhos que incluam ações de promoção, atenção e reabilitação voltadas à meta de 100% de cobertura da demanda.
- Construção de um sistema de saúde mental local/região do teias/manguinhos integrado as demais ações de saúde coletiva e articulado às demandas intersetoriais da área específica.
- Construir um dispositivo de articulação do sistema de saúde mental centralizado a partir da Atenção Básica.

Trabalhando a partir desses três objetivos norteadores, a atenção em saúde mental deve ser feita em uma rede de cuidados que inclui os diversos serviços oferecidos nessa área da saúde como: os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios e etc. Nessa rede, o NASF se insere como articulador da saúde mental à Atenção Básica e deve atuar em uma relação de matriciamento com a ESF, fornecendo apoio matricial às equipes de saúde da família.

O profissional do NASF especializado na área da saúde mental deve atuar fornecendo “suporte às equipes no manejo de situações que envolvam promoção, atenção e reabilitação em saúde mental” (Projeto TEIAS-Saúde Mental). Esse suporte tem como base medidas de intervenção que envolvem discussões de caso, interconsultas, que são as visitas domiciliares

acompanhadas pelos profissionais da ESF e do NASF, ações de capacitação e construção de estratégias coletivas e individuais para atender uma certa demanda.

No território de Manguinhos, tal como em qualquer território, existem alguns eixos em saúde mental que devem ser trabalhados de forma prioritária, por constituírem os problemas alta incidência no território. Um eixo que recebe destaque em Manguinhos, é o que constitui as ações voltadas para o uso nocivo de álcool e drogas, com ênfase na área da “crackolândia”, que determina uma área de risco a população. O crack, é uma droga que, em alto consumo, provoca problemas no sistema nervoso, e sua ampla distribuição, já elevou o problema para uma questão de saúde pública. Manguinhos é um território conhecido por ser sede do tráfico de crack e, por isso, a atenção para a questão das drogas deve estar em constante monitoramento, pois é um agravante com conseqüências sociais.

Em linhas mais gerais tangentes à Saúde Mental, deve-se prezar a identificação e monitoramento do cuidado a portadores de transtornos graves e persistentes, pois, geralmente, esses são os casos que representam mais risco a população. Feito isso, é necessária também a formulação de estratégias para promoção e atenção a saúde dos casos menos graves, para que o princípio da equidade no cuidado não seja afetado.

As outras prioridades seguem a linearidade das demais ações do NASF, tais como construção de estratégias de matriciamento, capacitação dos profissionais e monitoramento dos principais agravos incidentes na população.

Sendo assim, o TEIAS-Manguinhos no referente a Saúde Mental, se estrutura como uma rede integrada de serviços de forma a tornar a saúde mental intrínseca a Atenção Primária. Essa integração é de suma importância para a consolidação de um serviço de saúde realmente eficaz que abranja a todos de forma integral, considerando a amplitude dos aspectos da saúde.

5.3. DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

As entrevistas realizadas nesse trabalho de campo foram feitas a profissionais que trabalham no NASF Manguinhos a fim de observar como está estruturado o trabalho desses profissionais dentro da proposta do NASF.

Foram entrevistados dois profissionais, que serão referenciados como A e B, para que seja mantido sigilo sobre a identidade dos mesmos. O entrevistado A participa da gestão na saúde mental e o entrevistado B atua na função de psicólogo do NASF e possui vínculo direto com as equipes no apoio profissional.

A primeira questão abordada na entrevista refere-se à proposta do trabalho do NASF no campo da Saúde Mental. Sobre este ponto, o **Entrevistado A** ressalta que o foco dessa proposta está em atender as demandas de saúde mental do território seja em casos considerados leves ou moderados. Esse atendimento as demandas dentro da proposta do NASF é diferenciado e consiste no apoio as equipes de saúde da família a partir do esclarecimento, das discussões de caso, e da qualificação das equipes de referência através de um processo de educação permanente. Segundo o **Entrevistado A**, é a equipe do NASF em Saúde Mental que analisa o caso e compartilha com as equipes de referência se os recursos da ESF são eficazes e suficientes para o monitoramento do caso ou se será necessário um encaminhamento para outros serviços da rede de saúde mental.

Ainda sobre a proposta do trabalho do NASF no campo da Saúde Mental, o **Entrevistado B** acrescenta sobre o acompanhamento dos profissionais do NASF junto aos profissionais da equipe de referência na realização de interconsultas, que são as consultas conjuntas entre o médico, o profissional do NASF e o usuário que necessita de um acompanhamento. Ressalta também, a importância da participação do NASF no suporte as equipes quanto formulação de projetos terapêuticos singulares que atenda a necessidade de cada usuário. Para a definição de um projeto terapêutico devem ocorrer reuniões em equipe, que una as equipes de referência aos profissionais do NASF para que possa ser construído em equipe, num processo de compartilhamento de conhecimento, a melhor estratégia a ser aplicada em um determinado caso, o que sintetizará um projeto terapêutico singular.

Outro ponto discutido na entrevista foi sobre o trabalho dos profissionais dentro da proposta sugerida pelo NASF. Ambos os entrevistados ressaltam a importância do suporte especializado fornecido pelo NASF, uma vez que a ESF não possui um arranjo de profissionais atuantes em áreas tão diversificadas. As interconsultas são também destacadas por ambos os entrevistados como uma estratégia de muita significância no processo de atendimento a saúde mental. De acordo com o **entrevistado A** existe um processo de identificação do problema antes de chegar até os profissionais do NASF. Primeiramente, um profissional da equipe de saúde da família seja ele médico, enfermeiro ou agente comunitário identifica que existe um caso específico com o qual a equipe não consegue dar suporte devido à falta de especialização nesse tipo de acometimento à saúde. A partir dessa identificação, deve ocorrer uma discussão de caso para que todos os profissionais tomem conhecimento da problemática para que então possa ser marcada uma interconsulta. Ainda de acordo com o **entrevistado A**, pode ocorrer também a realização de visitas domiciliares. Essas visitas são realizadas quando os profissionais consideram que é necessário um “esclarecimento do

usuário” em relação a sua comunidade e a sua família, onde podem ser observados fatores que, certamente, uma consulta direta com o usuário não pode conferir.

No que tange ao atendimento realizado pelos profissionais do NASF foi esclarecido nas entrevistas que, dentro da ESF não deve ocorrer um encaminhamento indiscriminado para o NASF. O **entrevistado B** relata que as equipes de SF, muitas vezes, solicitam atendimentos individualizados, o que não é o papel do NASF. O atendimento a que os núcleos se propõem deve ocorrer em uma relação de integração e educação permanente junto às equipes de referência. Para isso, o **entrevistado A**, apontou a importância do que é chamado Grupos de Recepção. Esses grupos se ocupam na posição de “porta de entrada à saúde mental”, recebendo as demandas do serviço, sendo compostos por Os profissionais que compõe o grupo devem ser da área de saúde mental para que se possa avaliar a necessidade de encaminhamento do usuário. Em Manguinhos, o cargo desse profissional receptivo é ocupado por um psicólogo.

A necessidade desse grupo de recepção baseia-se principalmente na alta procura de atendimentos de psicologia pelos usuários. Nesse sentido, faz-se necessário um encaminhamento feito por um profissional que saiba identificar os usuários que realmente demandem essa atenção especializada.

A proposta da Estratégia da saúde da família está totalmente amparada sobre os pilares da família e do território, assim, os indivíduos se apresentam ao sistema de saúde em sua pluralidade. Nesse sentido, foi discutido como se dá o trabalho dos profissionais diante das necessidades diferenciadas de cada família. Sobre isso, o **entrevistado A** ressalta que a idéia principal de todo trabalho é a discussão dos casos em equipe. Nessas reuniões, de acordo com o **entrevistado B** é considerado o fato de que “um indivíduo sem família não existe nessa estratégia”, e portanto, a discussão deve ser guiada pelos fatores que contextualizam o usuário em sua família, comunidade, situação econômica e etc.

Uma questão fundamental no trabalho da Estratégia da Saúde da Família e, também, do NASF, é o conhecimento do território em seu contexto mais abrangente, devido ao fato de cada território apresentar seus fatores incidentes que influenciam na saúde da população. Nessa lógica, outro ponto discutido na entrevista foi o território de Manguinhos e suas implicações no trabalho das equipes de referência e do NASF. O **entrevistado A** esclarece que no que tange ao trabalho em equipe, o território não impõe nenhuma dificuldade. O processo de trabalho que se organiza a partir da proposta da ESF não se altera com a contextualização do território, mas se adapta a ela. Por outro lado, o **entrevistado B**, afirma que algumas dificuldades são impostas devido as condições de violência nas quais o território,

atualmente, se apresenta. Os profissionais apresentam “alguns medos” com relação ao atendimento em campo.

Abordou-se também sobre a receptividade da população perante aos serviços fornecidos pela ESF e pelo NASF. De acordo com o **entrevistado B**, a população é sempre receptiva, quando percebe que o serviço é de cuidado e, principalmente, de acolhimento. Essa perspectiva de contato aproximado dos profissionais junto a população, que propõe a organização da ESF, a medida que descentraliza o serviço em saúde, permite que esse “sentimento de acolhimento” flua entre a população, o que, segundo o **entrevistado B**, é essencial para o ser humano.

Quando um novo modelo é implantado, é de extrema importância averiguar se essa nova estrutura provoca resultados positivos na população que abrange. Nesse sentido, discutiu-se também quanto a recepção dos cuidados fornecidos pela ESF e pelo NASF pela população. Sobre isso, o **entrevistado B** ressalta que a estrutura da Estratégia de Saúde da Família possibilita um acolhimento que é essencial. A população ao perceber como essa estrutura é benéfica para ela mostra-se “sempre receptiva”. O NASF, de uma forma ampla e não somente na área da saúde mental, deve atuar sempre com a equipe de forma a trabalhar e desenvolver melhor essas formas de acolhimento. Por isso é fundamental que toda a equipe esteja envolvida no processo do cuidado a população. “Não basta saber a teoria”, existem dificuldades no cotidiano do trabalho que mostram como cada profissional deve estar inteirado sobre as discussões do cuidado, para saber agir diante delas.

A etapa de coordenação do cuidado envolve diretamente a discussão de caso e a divisão do papel de cada profissional em um determinado caso. No território de Manguinhos, de acordo com ambos os entrevistados, tem-se tentado realizar discussões mensais periódicas, entretanto, essas reuniões ainda não ocorrem quando não há um caso problemático, que precisa de apoio especializado.

Ao perguntar-se sobre o número de usuários do serviço de saúde mental em Manguinhos, o entrevistado B, apesar de não responder precisamente a quantidade dos atendimentos, afirma que apesar das ações desenvolvidas junto à comunidade, reconhece que há um número razoável de casos dos quais não conseguem dar conta por diversos motivos, entre eles destacam-se: alta demanda e um número insuficiente de profissionais para atendê-los.

6 CONCLUSÃO

Todo esforço realizado neste estudo teve como objetivo elucidar o NASF e a sua articulação com a ESF na área de saúde mental e para que se pudesse compreender o esforço desta iniciativa, foi preciso fazer uma breve retrospectiva histórica do tratamento a que eram submetidos todos os que apresentavam problemas de ordem mental. História esta que se apresenta ainda hoje com o paradigma da exclusão social que se revela no isolamento dos doentes fazendo com que percam a cidadania, sofram preconceitos e sejam segregados da sociedade. Além da pesquisa histórica, foram realizadas pesquisa bibliográfica ou documental, e também entrevistas com profissionais que trabalham no núcleo de apoio à saúde da família fim de reafirmar o compromisso com a ética na produção de conhecimento.

Sabe-se que a promulgação da Nova Constituição Brasileira, em 1988, possibilitou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a finalidade de alterar a situação de desigualdade de assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão.

A década de 1990 teve como marco no estudo da saúde mental da Declaração de Caracas, organizada pela Organização Mundial de saúde (OMS), reconhecendo a ineficácia do tratamento de saúde mental no formato hospitalocêntrico. É neste período que começam a surgir as primeiras normas federais que regulamentam e propiciam o processo de expansão dos CAPS e dos NAPS, sem no entanto regulamentar o financiamento nessas redes de atenção.

Não se pode perder de vista o cenário político desta época. Segundo Soares (2000), é um momento em que os contornos neoliberais do processo do ajuste brasileiro tornaram-se mais nítidos, bem como as suas conseqüências econômicas e, sobretudo, sociais. A conseqüência desse processo foi a distância que se instalou entre os indicadores sociais e econômicos. O sistema de proteção social, por exemplo, tornou-se insuficiente para atender à demanda, e não havia orientação para o enfrentamento do empobrecimento crescente e da desproteção de amplo contingente de brasileiros cada vez mais empobrecidos. Período este marcado pelo discurso da globalização, da lógica do mercado e pelo desmonte do aparato estatal, sobretudo na área da educação e da saúde pública, e cujas conseqüências marcantes ainda integram a nossa realidade atual: dismantelamento dos serviços e das políticas públicas que atualmente estão revestidas com o nome de OS (organizações sociais).

Ao longo da pesquisa, valorizou-se a descrição da forma de atuação do NASF de acordo com suas diretrizes. A partir desse estudo viu-se que os pilares do trabalho desses

núcleos são sustentados pela territorialização e discussão de casos incidentes. Viu-se que essa forma de trabalhar saúde permite uma descentralização do serviço e um número muito menor de encaminhamentos a ambulatórios e hospitais.

As entrevistas (realizadas de forma interativa) revelaram realidades e sentimentos positivos diante da proposta de trabalho idealizada pelo serviço do NASF dentro da Estratégia de Saúde da Família. Foi uma etapa que permitiu uma maior aproximação com toda a proposta estudada e descrita neste trabalho, possibilitando uma visão profissional do que está sendo realizado. Foi evidenciado nas entrevistas que o serviço é bem recebido pela população e que os profissionais das equipes de referência necessitam, realmente, de um apoio especializado nesse campo.

Sendo assim, ressalto o pensamento de que essa proposta do NASF junto à ESF abre espaço para um caminho mais humanizado no campo da Saúde Mental. Essa proposta ao ser concretizada pelo trabalho dos profissionais, traz à público uma amplitude maior sobre o que é a saúde mental, mostrando que este campo da saúde pode estar a serviço não só do tratamento de um transtorno grave, mas de qualquer acometimento à saúde.

Certamente o tema aqui tratado não se esgota nesse estudo, já que se trata de estratégias de saúde pública voltadas para uma população que sempre foi, historicamente, assistida no Brasil com projetos limitados e precários. No entanto, ressalto a importância de uma equipe de avaliação permanente, capaz de acompanhar de perto e de forma comprometida o andamento dos problemas detectados (como falta de profissionais, o que limita a abrangência no atendimento), a fim de que os resultados desta inovadora iniciativa não sejam interrompidos pela falta de investimento como tantas outras na área da saúde pública.

REFERÊNCIAS

FIOCRUZ. Histórias de tempos e pessoas, Laboratório Territorial de Manguinhos < Disponível em: <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=node/14> > Acessado em: 12/11/2011 às 20:32

FIOCRUZ. Informe ENSP: Gestão participativa na atenção primária em debate < Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=28445> > Acessado em: 23/11/11 às 20:41

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE. DIRETRIZES DO NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas/ Ministério da Saúde , novembro de 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE DA FAMÍLIA: Passo a Passo do Departamento de Atenção Básica. Secretária de Atenção à Saúde: 2011

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O vínculo e o diálogo necessários. Secretaria de atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Mental Coordenação de Gestão da Atenção Básica < Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> > Acessado em 30/06/2011 às 19:32

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR. Textos básicos de Saúde, 2ª edição. Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização: 2007

_____. Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

JORGE, MAS. O Engenho Dentro de Casa: Descrição de um serviço de atenção diária em saúde mental no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro. 1998.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Plano Diretor Decenal de 1992: Subsídios para sua revisão – 2005, 2005.

RESENDE, HEITOR. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Editora Vozes, 2001.

SOUZA, H.M. Entrevista com a Diretora do Departamento de Atenção Básica SPS/MS. **Rev. Bras. Enfermagem** , v. 53, n.Especial, p.7-16, 2000.

STARTFIELD, BARBARA. Núcleo de Apoio à Saúde da Família- Nasf. Disponível em: <
<http://dab.saude.gov.br/nasf.php> > Acessado em: 16/01/20120 às 04:14