



## RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL E FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO COMUNITÁRIA: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA INCURSÃO EM UM DISPOSITIVO TERRITORIAL EM BUENOS AIRES, ARGENTINA

INTEGRATED MENTAL HEALTH RESIDENCY AND TRAINING FOR COMMUNITY  
CARE: REFLECTIONS FROM AN INCURSION INTO A TERRITORIAL DEVICE IN  
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Nívia Teodoro Vasconcelos <sup>1</sup>

Lívia de Jesus Oliveira <sup>2</sup>

Isabella Cristina Barral Faria Lima <sup>3</sup>

Políbio José de Campos Souza <sup>4</sup>

**Manuscrito recebido em:** 21 de novembro de 2021.

**Aprovado em:** 30 de novembro de 2021.

**Publicado em:** 18 de dezembro de 2021.

### Resumo

**Introdução:** Tanto o Brasil como a Argentina, em consonância com indicação da Organização Mundial de Saúde, construíram nas últimas décadas uma política pública de saúde mental focada em dispositivos abertos e de base territorial, para a oferta de cuidado em liberdade. Os programas de residência em saúde mental realizados nesses dispositivos têm possibilitado a formação de trabalhadores comprometidos com essa perspectiva de cuidado. **Método:** Trata-se de relato de experiência de um estágio internacional realizado em 2018 no âmbito da Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. **Resultados:** Foram apresentadas reflexões sobre o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e na Argentina, considerando a atenção em saúde mental de base comunitária. Foi dada ênfase à história, organização e ações realizadas por um dispositivo da atenção primária de Buenos Aires. Tal recorte tem a intenção de trazer contribuições ao pensamento acerca dos processos de implantação e aprimoramento da territorialidade da saúde mental. **Conclusão:** Embora os desafios sejam constantes, o deslocamento dos hospitais para os serviços comunitários, possibilita a criação de formas de

---

<sup>1</sup> Residente no Programa Integrado de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Psicóloga na Unidade de Acolhimento Transitório da Rede de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3231-0033> E-mail: [vasconcelosnivia@gmail.com](mailto:vasconcelosnivia@gmail.com)

<sup>2</sup> Residente no Programa Integrado de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte. Enfermeira no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8296-4430> E-mail: [liviaj.oliveira@gmail.com](mailto:liviaj.oliveira@gmail.com)

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora na Faculdade Arnaldo Jansen.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7993-6834> E-mail: [isa.farialima@gmail.com](mailto:isa.farialima@gmail.com)

<sup>4</sup> Residência em Psiquiatria e Medicina Preventiva e Social pela Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador da Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5400-8900> E-mail: [polibiodecampos@uol.com.br](mailto:polibiodecampos@uol.com.br)



cuidado comprometidas com o reconhecimento das particularidades territoriais, ampliando o acesso aos cuidados em saúde.

**Palavras-chave:** Residência; Saúde mental; Atenção psicossocial; Atenção Primária à saúde; Território.

### Abstract

**Introduction:** Both Brazil and Argentina, in line with the indication of the World Health Organization, have built, in recent decades, a public mental health policy focused on open and territorially-based devices, for the provision of care in freedom. The mental health residency programs carried out on these devices have enabled the training of workers committed to this perspective of care. **Method:** This is an experience report of an international internship held in 2018 within an integrated mental health residency. **Results:** Reflections were presented on the psychiatric reform process in Brazil and Argentina, considering community-based mental health care. Emphasis was placed on the history, organization and actions carried out by a primary care device in Buenos Aires. Such cut is intended to bring contributions to the thinking about the processes of implantation and improvement of the territoriality of mental health. **Conclusion:** Although the challenges are constant, the shift from hospitals to community services enables the creation of forms of care committed to recognizing territorial particularities, expanding access to health care.

**Keywords:** Residence; Mental health; Psychosocial care; Primary health care; Territory.

## INTRODUÇÃO

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde publicou o documento *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*, que trata principalmente da atenção comunitária em saúde mental e orienta a formulação de políticas nesse âmbito em diversos países. Este documento aponta que dentre os fatores determinantes para o estabelecimento e agravamento do sofrimento mental, figuram, nesta ordem, a pobreza e as questões de gênero, dentre outros<sup>1</sup>.

A pobreza é fator determinante para gênese e agravamento de sofrimento mental, sendo que duas vezes mais frequentes entre os pobres do que entre os ricos<sup>1</sup>. Nesse sentido, maiores índices de depressão, suicídio, estresse, ansiedade e baixa autoestima estão entre os efeitos diretos de um contexto socioeconômico vulnerável. Destaca-se também nesse contexto, o uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A prevalência geral de sofrimento mental não é diferente entre homens e mulheres, no entanto, há uma razão de proporção maior de transtornos relacionados ao estresse e à depressão entre mulheres e ao uso de substâncias entre os homens. Devido ao contexto de desigualdade de gênero, as mulheres sofrem com mais fatores de estresse no cotidiano, incluindo o agravamento das condições de sofrimento mental em decorrência da violência doméstica<sup>1</sup>.



Embora pouco abordado no referido documento, é de fundamental importância ressaltar que a questão racial é determinante para a instauração e agravamento do sofrimento mental, especialmente no contexto brasileiro, marcado pelo racismo estrutural<sup>2</sup>. Estes são apenas alguns dos aspectos populacionais e sociais a serem observados e destacados nas ações de saúde.

Apontar os principais fatores envolvidos no processo de adoecimento de uma população se faz necessário para situar o local em que as ações de saúde serão desenvolvidas, principalmente para saber quais ações serão necessárias e como efetivá-las. No que se refere às ações voltadas para a resolução dos problemas de saúde mental, a integração à saúde primária – devido ao próprio aspecto de transversalidade e acompanhamento longitudinal – é ação que busca ofertar cuidados, além de combater estigmas e isolamento. Países em desenvolvimento estão no processo de implantação e aprimoramento de ações de saúde na comunidade<sup>3</sup> como: diagnóstico precoce, parceria com a família, continuidade do tratamento, utilização inteligente de recursos do território pelos trabalhadores da saúde, educação acerca do sofrimento mental e captação de instituições ou pessoas parceiras para os serviços de saúde<sup>4</sup>.

Considerando a importância da inserção da saúde mental na atenção primária, este relato de experiência apresenta reflexões que emergiram a partir da incursão de duas ex-residentes em um equipamento de saúde da cidade de Buenos Aires (Argentina), durante todo o mês de novembro de 2018. O equipamento, como veremos adiante, está localizado em uma região que apresenta toda a complexidade relacionada à desigualdade social e à violência.

Essa incursão foi possível por meio de um estágio, realizado em função de uma parceria institucional entre a Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RISM/PBH), Belo Horizonte/MG, e o Hospital Nacional em Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Licenciada Laura Bonaparte, Buenos Aires/Argentina.

Realizada desde 2012, a RISM/PBH abre anualmente 8 vagas para entrada de residentes de psiquiatria e 8 vagas para residentes multiprofissionais distribuídas igualmente para assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Esse projeto de formação integra, portanto, em suas atividades teóricas, práticas e teórico-práticas dois programas: um programa de residência multiprofissional e um programa de residência médica. “A despeito da necessidade de apresentar projetos separados às comissões nacionais, concebemos o processo de implantação de cada um dos projetos como partes de um dispositivo único e integrado de formação das categorias profissionais referidas” (p.133)<sup>5</sup>.



Para contextualizar o relato de experiência, a seguir faremos breves apontamentos sobre as diferenças e similaridades entre a atenção em saúde mental na Argentina e no Brasil e traremos reflexões acerca da atenção de base comunitária em saúde mental.

## **ATENÇÃO COMUNITÁRIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL E NA ARGENTINA: BREVES CONSIDERAÇÕES**

Ao longo do tempo, a atenção em saúde mental na Argentina passou por diversas transformações que resultaram em diferentes desenhos dos serviços. Os primeiros serviços de saúde mental estavam ligados à Igreja Católica, sob seus cuidados e administração. Houve também épocas de ascensão do Higienismo Social, da psiquiatria biologicista e dos manicômios judiciários. Data da década de 1920 as primeiras idealizações de inserir o cuidado em saúde mental na lógica preventiva, com foco na identificação de riscos para desenvolvimento de sofrimento mentais. A partir da década de 1960 começaram a surgir algumas iniciativas de substituir as internações prolongadas por tratamentos comunitários. Assim como no Brasil, a política de saúde mental na Argentina foi alvo da época de ditadura, que instaurou dificuldades para a transformação dessa política ao longo do tempo<sup>6</sup>.

Fazendo um salto no tempo, de interesse especial para este trabalho, data de 2001 a regulamentação da Lei Nacional 25.421, que trata da criação do Programa de Assistência Primária de Saúde Mental, e diz em seu texto que todas as pessoas têm direito a receber este modelo de tratamento<sup>7</sup>. As ações de assistência primária ficaram, a partir daí, sob responsabilidade das instituições públicas e privadas prestadoras de saúde, que passaram a coordenar as atividades e programas nesta área. De acordo com a referida lei, a atenção primária em saúde mental é constituída por ações de promoção, prevenção e tratamento baseadas em ações de baixa complexidade e alta efetividade, incluindo reabilitação e reinserção familiar, cultural e laboral.



Em 2002 a Argentina passou por uma grave crise social e sanitária que ocasionou o aumento vertiginoso de casos de pessoas com transtornos mentais e consequente escassez de serviços para tratamento desta demanda<sup>6</sup>. A urbanização incontrolável e o aumento da pobreza estavam no cerne da crise sanitária. Nesse contexto, a partir da criação da primeira gestão de saúde mental do Ministério da Saúde, em 2001, e com a demanda crescente de ações de saúde neste âmbito, houve uma mobilização para articular as ações isoladas de diversos estados e, em 2004, foi elaborado o Plano Federal de Saúde Mental, com quatro eixos fundamentais: atenção primária à saúde, elaboração de normativas, reforma psiquiátrica e direitos humanos<sup>6,7</sup>.

Especificamente no eixo de Atenção Primária à Saúde, algumas das propostas foram: a promoção do modelo de Atenção Primária à Saúde no âmbito da saúde mental; a criação de um modelo de diagnóstico dos principais quadros de saúde mental; a criação do programa de uso racional de psicofármacos; o investimento na formação de recursos humanos voltados para promoção, prevenção e atenção comunitária e o aprofundamento e consolidação dos serviços comunitários de saúde mental no primeiro nível de atenção. As propostas do Plano Federal foram implementadas com resultados exitosos, sendo fundamental para as regulamentações posteriores, como a Lei de Saúde Mental<sup>7</sup>.

A Lei Nacional 26.657, conhecida como Lei de Saúde Mental argentina, promulgada em 2010 e regulamentada em 2013, elege como modalidade de abordagem preferencial, a abordagem interdisciplinar e intersetorial, fundamentada nos princípios da atenção primária à saúde<sup>7,8</sup>.

Em relação ao cuidado territorial e comunitário, destacamos que a Lei 26.657 determina que as pessoas em situação de sofrimento mental têm direito ao tratamento mais conveniente, que menos restrinja seus direitos e liberdades, promovendo a integração familiar, profissional e comunitária. Além disso, o processo de cuidado deve ser preferencialmente realizado fora do âmbito da hospitalização e no âmbito de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, orientado para o reforço, restituição ou promoção de laços sociais. A mesma lei<sup>8</sup> indica que a implementação de ações de inclusão social, trabalhistas e comunitárias devem acontecer de forma conjunta, incluindo diferentes áreas, como a educação, o desenvolvimento social e o



trabalho. Para a efetivação do cuidado territorial e comunitário a normativa afirma a importância de dispositivos como consultas ambulatoriais, serviços de inclusão social para pessoas após a alta institucional, cuidados domiciliares supervisionados e apoio a indivíduos e grupos familiares e comunitários, serviços de promoção e prevenção em saúde mental, além de outros benefícios como casas de convivência, hospitais-dia, cooperativas de trabalho, centros de treinamento sócio-trabalhista, empresas sociais, residências e famílias substitutas<sup>8</sup>.

A Reforma Psiquiátrica brasileira possui relação íntima com a regulamentação do Sistema Único de Saúde e os esforços mais contundentes para sua implementação datam da década de 1990. Apesar de o primeiro Centro de Atenção Psicossocial ter sido inaugurado no Brasil em 1987, somente em 2001 foi regulamentada a lei nacional de saúde mental e estabelecido que a forma preferencial de tratamento deveria deixar de ser hospitalocêntrica<sup>9,10</sup>.

Em termos de utilização de mecanismos de gestão, a Reforma Psiquiátrica brasileira se deu em três períodos: de 1992 a 2001 foram implementadas estratégias de desinstitucionalização e início do financiamento e implantação de novos serviços substitutivos; de 2000 a 2002, em que se investiu na expansão da rede de atenção para novos problemas, como a inclusão do atendimento a crianças e adolescentes, além do abuso de drogas; e de 2003 até hoje, quando se consolida a reforma, com projetos para situações específicas<sup>10</sup>.

A busca atual é também por um modelo aberto e de base comunitária e pela construção de uma rede de serviços que permita o tratamento em liberdade. Para isto, se fez fundamental a portaria 3.088 que formalizou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>11</sup>. Segundo esta portaria, as pessoas em situação de sofrimento mental devem ser tratadas preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental, com finalidade permanente de reinserção social da pessoa em seu meio. Para isso, a RAPS deve ser organizada com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. Nesse sentido a atenção primária deve contar com os seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde; Equipe de atenção básica para populações específicas; Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência<sup>11</sup>. O Programa Saúde da Família serve hoje como articulador importante da rede de saúde mental<sup>12</sup>.



Estas breves considerações acerca da organização dos serviços nos dois países servem para indicar que, tanto Brasil como Argentina, em consonância com indicação da Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup>, elegeram a territorialidade, focada na atenção primária, como base para a realização dos cuidados em saúde mental, com destaque para o cuidado em liberdade, sustentado em um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária<sup>7,8,9,11</sup>.

## **REFLEXÕES ACERCA DA ATENÇÃO DE BASE COMUNITÁRIA**

A nova fronteira da reforma psiquiátrica é a Atenção Primária<sup>4</sup>. As construções de serviços e equipes com fundamentação no cuidado em território são recentes em diversos países. No contexto dos países latino-americanos, a Declaração de Caracas<sup>13</sup>, estabeleceu os princípios para a modernização do cuidado em saúde mental na América Latina elencando como eixo central o tratamento comunitário. É essencial que a atenção de base comunitária seja forte e consolidada e a premissa básica deste modelo de atenção é a de que os serviços devem estar perto da casa dos usuários.

Levando em conta que a atenção comunitária é ponto de partida e organizador da atenção em saúde, um trabalho comunitário em saúde mental deve estar ancorado em duas categorias analíticas principais: território e reabilitação psicossocial<sup>3,4,10,13</sup>.

O conceito de território é complexo e pode ser abordado a partir de diversos ângulos. No âmbito da saúde mental, território deve ser visto como espaço de potencialização das ações de cuidado e como local de estabelecimento de redes políticas e de afeto<sup>14</sup>. Assim, a noção de cuidado em território é antes de tudo, a noção de que o tratamento é organizado a partir do conhecimento e história de vida de uma pessoa e das relações estabelecidas e possíveis com seu território (no sentido político e social), para analisar quais afetos serão acionados em seu tratamento. A perspectiva é de que as limitações, bloqueios ou capacidade de construção de sentidos não estão encerradas somente em um indivíduo, mas na sua relação com sua história de vida e seu entorno. O trabalho em saúde mental é antes de tudo, o trabalho de saber identificar e construir recursos possíveis. É, portanto, um trabalho exploratório e inventivo.



A construção da atenção territorializada ainda é cercada de diversas barreiras: financiamento, capacitação das equipes, disposição, reformulação ou construção de novos dispositivos. No entanto, no que se refere a uma postura de cuidado comunitário, ressaltamos que “não bastam os mapas e as estatísticas: o território só adquire verdadeira realidade aos olhos dos trabalhadores de saúde quando transitam por ele” (p.14)<sup>15</sup>.

O modelo de atenção psicossocial só será efetivado quando os serviços se orientarem a partir dos preceitos da reabilitação psicossocial<sup>14</sup>: conjuntos de estratégias com a “finalidade de aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos” (p. 5), possibilitando que o usuário se empodere de ferramentas de construção da própria saúde. Tais ferramentas estão disponíveis ou, só podem ser construídas a partir da realidade e ambiente social do usuário.

Existem diversas dificuldades por parte das equipes para a implantação e a construção de modelos de serviços comunitários. Algumas delas relacionam-se à ansiedade e à incerteza com relação à implantação e resultados de novos serviços e à falta de estrutura dos serviços comunitários<sup>4</sup>. Nesse sentido, conhecer e vivenciar outras experiências de serviços comunitários em outros países, principalmente, alternando entre lugares com recursos mais completos e de referência e locais com realidades sociais e culturais similares, pode ser uma estratégia para auxiliar na resolução de tais dificuldades<sup>3,4</sup>.

Nesse sentido, destacamos a ousadia do processo formativo na RISM/PBH, que além de acontecer integralmente em serviços abertos de base comunitária<sup>5,16</sup>, possibilitou o estágio internacional em serviços de saúde mental de Buenos Aires.

A seguir, abordaremos nossa experiência em alguns serviços de saúde mental da cidade de Buenos Aires, dando ênfase a um Centro de Saúde Mental Comunitário, para discorrer sobre o modelo de atenção territorial em prática nesse dispositivo.



## O CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Conforme informamos anteriormente, o estágio externo na cidade de Buenos Aires resulta de uma parceria institucional entre a Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RISM/PBH) e o *Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Licenciada Laura Bonaparte*. Realizamos uma incursão de 30 dias por alguns dos principais dispositivos e setores da instituição, além da participação nas atividades de formação do programa de residência em saúde mental do hospital. A *Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental* é um sistema remunerado de formação no âmbito da pós-graduação, com duração de 3 anos e destinada a profissionais das disciplinas: medicina (psiquiatria), enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, trabalho social e musicoterapia.

O *Hospital Nacional En Red Licenciada Laura Bonaparte* se propõe a facilitar o acesso ao tratamento por pessoas que estão passando por situação de vulnerabilidade em relação ao uso problemático de substâncias, buscando garantir o acesso à saúde pública, com foco em saúde mental. É um hospital-escola que oferece treinamento presencial e à distância, a partir de um quadro interdisciplinar, com trabalhadores treinados e com extensa experiência.

A realização de abordagem territorial se dá por meio de diferentes estratégias, com equipes interdisciplinares e intersetoriais constituídas para esse fim, baseadas no desenvolvimento de ações preventivas. Existem serviços e equipes móveis vinculadas ao *Hospital Nacional En Red* que atendem demandas das pessoas em suas comunidades, encurtando distâncias e gerando laços. Nesse contexto da Atenção Básica em Saúde Mental, trabalha-se na perspectiva da redução de riscos e danos. As equipes móveis atuam nos bairros 15, 1-11-14, 21-24, Obrero, Zavaleta e Isla Maciel.

Assim como Brasil, nos últimos anos tem ocorrido um aumento das demandas relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Isso levou à necessidade de adaptar e reestruturar os serviços existentes, a fim de alcançar uma maior capacidade de resposta às novas exigências do ambiente social dos grupos populacionais afetados.



O hospital conta com os seguintes dispositivos assistenciais: Atenção à Demanda Espontânea (ADE), Guardia (plantão), dispositivos de ambulatório (Consultórios Externos e Hospital Dia), Internação, dispositivos na Atenção Primária à Saúde (Consultórios Móveis e Centros Comunitários).

O dispositivo de Atenção à Demanda Espontânea é levado adiante por uma equipe interdisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros que atendem às demandas sem agendamento prévio. É uma porta de entrada a partir da qual a equipe interdisciplinar encaminha para o melhor tratamento, em dispositivo intra ou extra-hospitalar.

Já o plantão atende às demandas de urgência e emergência internas e externas durante 24 horas, todos os dias do ano. A equipe é formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e psiquiatras. Possuía, à época do estágio, cinco leitos para observação de pacientes.

O Hospital conta com Consultórios Externos, um dispositivo ambulatorial que oferece tratamentos individuais, terapias em grupo e orientação familiar. As intervenções são realizadas por uma equipe interdisciplinar composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e orientadores laborais. Um outro dispositivo ambulatorial é o Hospital Dia, concebido como um ambulatório de maior complexidade e intensidade. Proporciona psicoterapia de grupo e individual, atendimentos de assistência social e psiquiátrica, atividades destinadas ao fortalecimento de vínculos familiares e outras atividades coletivas de convivência e produção artística.

Já a internação é um recurso para pacientes com quadros clínicos que requerem cuidado intensivo devido a algum episódio agudo, situações de agitação psicomotora e em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas, entre outros. Para tanto, é proposto um plano terapêutico adaptado à singularidade de cada caso, em que diferentes intervenções podem ser incluídas. A abordagem visa estabilizar o quadro clínico, concentrando-se na avaliação diagnóstica psicossocial, procurando estabelecer condições para adesão ao tratamento. Quando necessário, são oferecidos: terapia em grupo e familiar, grupos de reflexão e atividades coordenadas por acompanhantes terapêuticos. O cuidado é ofertado por equipes interdisciplinares formadas por profissionais de psicologia, psiquiatria, serviço social e enfermagem e terapia ocupacional.



No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o *Hospital Nacional En Red* conta com Consultórios Móveis, que permitem às equipes o desenvolvimento de diversas ações na comunidade, incluindo, detecção de tuberculose, HIV e sífilis, vacinação, aconselhamento em tratamentos hormonais com comunidades trans, nutrição e outras questões de clínica médica.

Ainda na APS, tivemos a oportunidade conhecer o Centro Comunitário da Atenção Primária à Saúde na Isla Maciel e o Centro Comunitário de Saúde Mental em Zavaleta, sobre o qual refletiremos mais detalhadamente adiante. Ambos desenvolvem trabalhos a partir da perspectiva da redução de risco e danos, buscando gerar e fortalecer o contato com a comunidade, desenvolvendo atividades recreativas e culturais. As equipes dos dois centros são interdisciplinares. Na Isla Maciel a equipe conta com enfermeiro, psicólogo, dentista, assistente social e coordenadores culturais. Em Zavaleta a equipe é formada por enfermeiro, psicólogo, assistente social, médico generalista e coordenadores culturais.

## **O TERRITÓRIO DE ZAVALETA E O CENTRO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO**

A comunidade de Zavaleta se encontra no bairro de Barracas, em Buenos Aires e é onde está localizada parte da população mais pobre da cidade. Está em uma região conhecida como área metropolitana, que abriga as principais favelas que, na Argentina, são denominadas vilas. A história de Zavaleta é a história da formação das comunidades limítrofes<sup>17</sup>.

O processo histórico de constituição das vilas em Buenos Aires é perpassado pelos diversos governos civis e militares, e também pelas crises econômicas<sup>17</sup>. Até os anos setenta, no processo de industrialização do país, as vilas eram ocupadas majoritariamente por trabalhadores da indústria. Isto foi mudando a partir do momento em que algumas das principais fábricas e indústrias foram fechadas. Estas fábricas, que empregavam milhares de pessoas, haviam cumprido seu papel na industrialização da cidade e com o fechamento, iniciou-se um processo de desemprego maciço dos trabalhadores. As vilas na atualidade são formadas, majoritariamente, por pessoas em situação de trabalho informal ou desempregados. A formação das vilas em Buenos Aires está relacionada também a uma história de 400 anos de fundação e planejamento (ou falta dele) da cidade.



Historicamente, as organizações de bairro têm papel decisivo nas melhorias dentro das comunidades de Buenos Aires. Delas partiram reivindicações com relação à implantação de serviços públicos e melhorias em infraestrutura. Também, nestas associações iniciaram grupos de mães, de mulheres e outros grupos de mobilização frente às questões de violência.

Aqui, fazemos um adendo para introduzir um assunto importante que diz respeito ao dia a dia das comunidades de Buenos Aires que é a generalização do uso do *paco*, uma droga extraída da pasta base da cocaína e misturada a ácidos e água, que têm por características um efeito imediato de excitação intensa logo após o primeiro trago, que produz um estado de euforia, aceleração dos processos de pensamento, taquicardia, dentre outros e que dura cerca de alguns segundos. Logo após se estabelece uma sensação de angústia intensa e um desejo de seguir fumando. Também produz sintomas psicóticos. A médio e a longo prazo pode provocar perda de peso acentuada e outras questões de saúde física<sup>18</sup>. Entre 2001 e 2002 houve uma generalização e grande crescimento do uso dessa substância nos bairros com altos índices de vulnerabilidade social, como Zavaleta, principalmente por adolescentes e jovens.

Ainda no sentido de contemplar a importância da organização das comunidades, é interessante destacar que as primeiras ações de redução de danos partiram das próprias mães de pessoas usuárias de *paco*, que frente ao fato de que seus filhos não comiam em casa (porque a droga tira o apetite), iam até as cenas de uso para levar comida e doces para os jovens, pois começaram a perceber que isto, muitas vezes, ocasionava uma pausa em um dia de consumo intenso.

Com relação às possibilidades de tratamento para as pessoas em uso prejudicial de *paco*, os asilamentos (em comunidades terapêuticas ou em instituições do aparato judicial), começaram a se desenhar como as alternativas por excelência, porque:

os múltiplos obstáculos (pedidos de consultas, distância geográfica, falta de dinheiro para o transporte, rejeição dos jovens a irem aos centros de saúde e hospitais, dificuldades no atendimento de usuários/as no sistema de saúde etc.) tornavam outras alternativas disponíveis praticamente não relevantes para essas populações. (p. 13)<sup>18</sup>



As próprias famílias e comunidades foram construindo um rol de ações voltadas para a questão do uso de *paco* e para lidar com seus familiares usuários. Levar comida aos familiares nas cenas de uso, conversar com os traficantes, acionar igrejas, destinar os jovens para morar com familiares em outras cidades, acionar o aparato judicial e se mobilizar em grupos, por exemplo, de mães de usuários. Foi nesse contexto de saberes e práticas populares que já permeavam a comunidade, que se instaurou o Centro de Saúde Mental Comunitário de Zavaleta, vinculado ao *Hospital Nacional en Red*.

Em 2013, em acordo com o plano estratégico do *Hospital Nacional en Red* foi implantado um dispositivo territorial na vila de Zavaleta, denominado *Casa Amigable* que, a princípio, estava relacionado a um programa de redução de danos que tinha como população alvo pessoas com consumo problemático de substâncias. Era um espaço que propunha uma pausa no consumo, para descansar, tomar café da manhã, utilizar o banheiro e acessar um espaço de escuta em que se encontravam trabalhadores de saúde mental.

A *Casa Amigable* visou gerar espaços coletivos de escuta, expressão, elaboração e conscientização sobre os diferentes problemas de saúde que afetavam a comunidade, buscando a criação de práticas saudáveis que contribuíssem para melhorar a qualidade de vida da população com direitos violados, por meio de ações intersetoriais. Assim, o dispositivo se tornou um espaço mediador de encontro com a comunidade, que priorizava o bairro como espaço de abordagem e se destinava a ações para reforçar, restituir e promover laços sociais de acordo com a implementação da Lei de Saúde Mental<sup>19</sup>.

A práxis cotidiana promoveu a implantação de novas estratégias e possibilitou que a equipe repensasse possíveis formas de intervenção, com as limitações e singularidades de cada situação. O dispositivo começou a ser demandado e acessado por outros moradores da comunidade, crianças, adolescentes, adultos e idosos sem relação com o uso de substâncias, que iam até a casa demandando espaço de escuta ou simplesmente para conhecer e participar de alguma oficina<sup>19</sup>. Esse contexto fez a equipe refletir sobre o espaço de referência que a casa estava desempenhando na comunidade, sobre a necessidade de escutar estas outras demandas e a hipótese da casa se tornar um recurso valioso. Assim iniciou-se o movimento de transição de *Casa Amigable* para Centro de Saúde Mental Comunitário.



O primeiro passo da equipe, nesse sentido, foi acessar os espaços e pessoas que eram referências na comunidade (igrejas, movimentos sociais, escolas, lideranças comunitárias), em uma tentativa de conhecer com maior profundidade a realidade do bairro, escutar o que estes atores tinham a dizer sobre suas demandas e construir a intersectorialidade através de uma rede comunitária entre os dispositivos do próprio bairro.

O Centro de Saúde Mental Comunitário de Zavaleta é um dispositivo territorial de prevenção, promoção e tratamento em saúde. À época do nosso estágio, a equipe do dispositivo era composta por assistente social, psicólogo, arte terapeuta, operador social (cargo que se assemelha ao de redutor de danos) e médico. No dispositivo foram estabelecidos projetos que especificavam novas questões, como: a que população a intervenção seria destinada e como os espaços, papéis e tarefas seriam distribuídos. Para que assim se pudesse construir, através do intercâmbio com a população, as intervenções de acordo com o conhecimento e experiências que compõem o cotidiano do bairro<sup>19</sup>.

A casa funcionava de portas abertas para atender demanda espontânea e a equipe também percorria a comunidade, realizando visitas e buscas ativas. As demandas atendidas eram as mais variadas possíveis.

A estrutura era simples: uma casa com dois quartos que funcionavam como consultórios, uma sala com alguns jogos e brinquedos para as crianças da comunidade que frequentavam a casa e, onde também eram desenvolvidas as intervenções em arteterapia. As intervenções, portanto, eram realizadas por meio da escuta e da arte.

Soubemos que, em geral, era na casa que aconteciam os primeiros contatos de moradores com as equipes de Saúde Mental. Os trabalhadores eram preparados para trabalhar as demandas e reconhecer quando era necessária a articulação com outros pontos e dispositivos do território, sejam eles da saúde ou da assistência social. Eles nos indicaram que, com a implantação deste dispositivo, foi possível garantir a esses usuários um contato com as questões de saúde mental dentro de sua comunidade, com uma equipe que conhece seu dia a dia. Este dispositivo exige que a equipe desenvolva habilidades em conduzir casos utilizando tão somente tecnologias leves<sup>20</sup>, sabendo identificar e fazer os encaminhamentos dos usuários a outros serviços quando necessário.



Dessa forma, entendemos que o Centro de Saúde Mental Comunitário de Zavaleta, era um espaço de construção coletiva extramuros, cuja equipe buscava desenvolver ferramentas de intervenção por meio da escuta, convívio e compartilhamento de conhecimentos junto aos membros da própria comunidade. Era, portanto, um dispositivo com potencialidade para fortalecer vínculos e a participação comunitária, buscando construir estratégias de intervenção de acordo com a realidade da população assistida, considerando suas visões e perspectivas para a elaboração de propostas concretas e o alcance de resultados efetivos.

Todos os dias a equipe que atuava no Centro de Saúde Mental Comunitário se deslocava do *Hospital Nacional en Red* até Zavaleta por meio de uma van. Tivemos a oportunidade de realizar essa rotina e descreveremos a seguir um de nossos dias de atividades de estágio de residência.

Durante a manhã, a equipe se reuniu no *Hospital Nacional en Red* e, em reunião, desenhou a proposta das primeiras ações do dia. A van fez o trajeto até Zavaleta em cerca de trinta minutos, avançando até onde é possível dentro da comunidade. Descemos na entrada de uma viela, por onde caminhamos até a casa onde funciona o dispositivo.

A casa é um pequeno espaço localizado no interior da comunidade. A localização da casa é de se tomar nota. Está ao lado de uma pequena praça, que se constituiu como um ponto simbólico importante para os moradores de Zavaleta. Um lugar repleto de grafites feitos pelos moradores que homenageiam Kevin Molina (“Kevin de Zavaleta”), um menino de nove anos que se tornou símbolo de luta contra a violência, após ser atingido por uma bala perdida em sua casa. A casa onde Kevin vivia fica nesta praça. Este foi um dos primeiros pontos que conhecemos e, quando passamos por esta pequena praça, notamos sua importância naquele território. Ali já pudemos ter noção, mínima que fosse, da relação que as pessoas estabeleciam com a violência dentro daquela comunidade.

Na porta do Centro de Saúde Mental Comunitário havia a presença da polícia, assim como em alguns outros pontos. Uma presença real, porém, aparentava carregar um simbolismo, pois estavam ali sem qualquer interação verbal com os moradores ou com os trabalhadores da saúde. No entanto, era visualmente marcante. Alguns dias depois, alguns residentes nos explicaram que a presença da polícia dentro da comunidade era fruto de uma intervenção estatal na tentativa de diminuir os índices de violência, algo semelhante com as Unidades de Polícia Pacificadora do estado do Rio de Janeiro, no Brasil. No entanto, a maior parte dos moradores prefere “não tocar nesse assunto”.



Assim que entramos no Centro de Saúde Mental Comunitário, vimos um mapa do território de Zavaleta, que fica afixado no cômodo de entrada. Um dos profissionais, o operador social, observando que passávamos pelo mapa sem assimilá-lo ou apreender sua importância, nos convocou: “tirem fotos disso!” e, nos explicou que o mapa era uma das principais ferramentas de trabalho deles. Nos disse que a primeira coisa a se fazer ao chegar a um serviço territorial era conhecer o território. O mapa estava todo marcado, com os principais pontos da comunidade circulados: igrejas, associações de bairro, restaurantes populares, praças, escolas e outros dispositivos da saúde.

O aspecto de ponto de apoio do dispositivo dentro da comunidade nos pareceu muito evidente. Nos surpreendeu a diversidade de demandas que presenciamos em pouco tempo naquele dia: um senhor que gostaria de aferir a pressão arterial; uma adolescente que frequenta a casa “somente para conversar”; um adolescente que estava a fazer seus desenhos, orientado pelo arte educador; crianças que iam para “jogar e brincar” com os residentes de saúde mental; chamados de pessoas da comunidade para orientações sobre como proceder com familiares que necessitavam de apoio, pois padeciam de sofrimento mental, consultas individuais. O principal: a casa era feita de encontros, sempre em movimento, pessoas conversando, algumas só chegavam até o portão para cumprimentar os trabalhadores. Essa “mistura” de demandas e faixas etárias, talvez soe como inadequada para quem lê, porém, no cotidiano da casa nos pareceu fluir com a adequada leveza. Entendemos que o dispositivo estava integrado ao território, se fazendo a partir das demandas da própria comunidade.

Depois de um tempo saímos para percorrer a pé parte do território de Zavaleta. Nós, o operador social, uma assistente social e uma adolescente usuária do Centro de Saúde Mental Comunitário. Passamos pelos principais pontos do território, recebendo explicações detalhadas sobre a importância daqueles lugares, como se constituíam em locais estratégicos de apoio e também, esclarecimentos sobre a presença e os efeitos do *paco*. As informações vinham dos trabalhadores, mas principalmente pela adolescente que, apresentava uma visão da comunidade muito própria e com riqueza de detalhes e afeto. Depois ela nos contou que Kevin de Zavaleta era seu irmão. Muitos cumprimentos, diversas pequenas conversas entre os trabalhadores e os moradores durante o percurso. As parcerias dentro do território nos pareceram fundamentais, uma vez que, somente um dispositivo não abarcaria a infinidade de demandas e necessidades de um território com tantas complexidades como aquele.



Algumas características são essenciais para que um serviço de saúde possa ser denominado um serviço comunitário. A primeira delas é a acessibilidade: os serviços devem estar localizados geograficamente de forma que qualquer usuário possa acessá-lo com facilidade e, além disso, deve dispor de equipes móveis<sup>4</sup>. Outro ponto do conceito de acessibilidade é a queda da burocratização: os usuários necessitam simplicidade e facilidade no contato com as equipes após acessar o dispositivo. A acessibilidade também diz respeito à integração do serviço ao cotidiano da comunidade, ao “mostrar-se” à comunidade, ao desencastelamento e às tentativas de desestigmatização dos tratamentos em saúde mental por parte das equipes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Deslocar o cuidado centralizado nos hospitais para os serviços dentro das comunidades não significa somente construir serviços mais adentrados nos territórios, mas sim deslocar também as formas de trabalho, as formas de cuidado. A ideia não é formar “micro hospitais” nos territórios, mas sim, serviços integrados social e culturalmente com a comunidade. É necessário, cada vez mais, realizarmos o movimento de transição de uma instituição no território e adentrar o próprio território, no sentido político-social.

É fundamental refletir e causar reflexão junto às pessoas que habitam as comunidades, que são o eixo principal do cuidado. Faz-se então necessário olhar através da visão do outro, estando providos de uma percepção incômoda em relação aos modelos de trabalho que excluem a realidade de quem é assistido. Os cenários de cuidado são diversos e, quando se muda de local, mudam as pessoas, os temas, as necessidades e as experiências. Portanto, é necessário pensar em integração para atuar. As reflexões devem advir da prática, pois é a prática que virá a produzir a teoria. É através da prática integrada que devemos, dentro do nosso papel social e profissional, iniciar as reflexões sobre as abordagens, que devem ser não só efetivas, como também ricas no afeto da troca.

É essencial que os serviços tenham raízes na realidade do alicerce social. E, neste sentido, as interações com a comunidade podem vir a ser um alento na formação de novas perspectivas, através das quais possamos nos enxergar e trabalhar de uma forma diferente para se tentar novas possibilidades de organização, que seja essencialmente inclusiva, com participação direta da comunidade.



Espaço reduzido, equipe reduzida, sucateamento da saúde no país como um todo, são alguns dos desafios que estão postos na realidade que conhecemos em Buenos Aires. Desafios que identificamos também no contexto brasileiro. No entanto, nos surpreendeu ver a potência que um dispositivo que funciona a partir de uma casa com três cômodos e seus seis trabalhadores, têm dentro de uma comunidade do tamanho de Zavaleta.

O que nos chamou atenção não foi a estrutura física ou a diversidade de serviços vinculados ao *Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Licenciada Laura Bonaparte*, mas sim, o envolvimento com a comunidade, com o cuidado, a postura de estar presente no território, de não temer as demandas que podem surgir, pelo contrário, estarem abertos a elas, por mais complexas, variadas e inesperadas que sejam e são.

A oportunidade do estágio internacional nos serviços de saúde mental de Buenos Aires certamente ampliou nosso processo de formação possibilitado pela Residência Integrada de Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens e Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte, fazendo com que pudéssemos vivenciar outras experiências de trabalho no campo da atenção psicossocial e refletir sobre as potencialidades e desafios de nossa própria rede de cuidados.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2001.
2. De Almeida SL. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte: Letramento; 2018.
3. Saraceno B. O futuro da psiquiatria e da saúde mental. *Saúde em Debate*. 2020;44(spe 3):29-32. [Acessado 12 Dezembro 2021]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76805><https://doi.org/10.1590/0103-11042020E304>.
4. Thornicroft G., Tansella M. Boas práticas em saúde mental comunitária. São Paulo: Manole; 2010.



5. Campos Souza PJ, Oliveira AST, Romão CO, Siqueira OM, Ferreira SMS. A residência integrada de saúde mental como um dispositivo de formação orientado pelo recovery. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2021;13(35):132-148. [Acessado 17 Novembro 2021]. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76805>
6. Di Nanno AE. Hacia la construcción de una política en salud mental: rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad. *Revista argentina de clínica psicológica*, 2008;17(2):155-166.
7. Argentina. Ley Nacional 25.421. Criação do Programa de Assistência Primária de Saúde Mental. 2010.
8. Argentina. Ley Nacional 26. 657. Ley Nacional de Salud Mental. 2013.
9. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Acessado 17 Novembro 2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)
10. Campiotto L, Yamaguchi M. Reforma Psiquiátrica no Brasil: estratégias adotadas. *Revista Uningá*, 2015;43(1). [Acessado 17 Novembro 2021]. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1204>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Acessado 17 Novembro 2021]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>
12. Gazignato ECS, Silva CRC. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde em Debate*. 2014;38(101):296-304. [Acessado 13 Dezembro 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140027>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005.
14. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 2012;21:572-586.



15. Minas Gerais. Linha Guia de Saúde Mental. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em saúde mental. Belo Horizonte; 2006. [Acessado 17 Novembro 2021]. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Linha-guia-de-saude-mental.pdf>
16. Lima ICBF, Passos ICF. Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. Trabalho, Educação e Saúde, 2019;17(2):e0020940. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00209>.
17. Clichevsky N. Territorios en pugna: las villas de Buenos Aires. Ciudad Y Territorio Estudios Territoriales, 2003;35(136-7), 347-374. Recuperado a partir de <https://recyt.fecyt.es/index.php/CyTET/article/view/75396>
18. Epele M. Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. Mana. 2012;18(2):247-268. [Acessado 17 Novembro 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132012000200001>.
19. Ghiselli S, Porcel J, Orellana CI, Tesouro MX, Mastellone GI. Espacios de posibilidad: transiciones en el hacer territorial. 5as jornadas de salud mental y adicciones, Hospital Nacional de Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte. 2018.
20. Merhy EE, Onocko R. (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.