

# **A INTERFACE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA**

## **THE INTERFACE BETWEEN MENTAL HEALTH AND PRIMARY CARE**

**Patrícia Ligoeki Silva**

Psicóloga, especialista em Atenção Básica. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento

E-mail: patricia-ligoeki@saude.rs.gov.br

**Caroline Schneider Brasil**

Psicóloga, mestre em Psicologia

**Claudia Sedano Fait**

Psicóloga, mestre em Psicologia

**Gloria Regina Schultz Marcolla**

Psicóloga. Sanitarista

**Jeanine Rocha Woycicki**

Secretária-executiva, especialista em Planejamento e Desenvolvimento de Gestão

**Rose Teresinha da Rocha Mayer**

Psicóloga. Sanitarista

### **RESUMO**

O objetivo deste texto é, ao mesmo tempo, contextualizar e apresentar perspectivas técnico-políticas para a adoção de estratégias e ações em saúde que melhor visualizem a interface Saúde Mental e Atenção Básica, firmem convicções em torno da concepção e organização do sistema de saúde, operem reformas parciais orientadas por um modelo de Gestão em Saúde e, com essa base, poder formular e implementar políticas que, ao incidirem sobre pontos críticos da organização desse sistema, sejam capazes de criar novas dinâmicas de trabalho. Assim, este artigo foi elaborado em um contexto bastante reflexivo, tanto sobre os textos que o balizam quanto dos inúmeros apontamentos que registram as reuniões de trabalho, os debates e cotejamentos que vêm sendo fomentados junto às instâncias governamentais comprometidas com este processo nesta Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). A centralidade do texto é a necessidade de uma leitura crítica que revele os pressupostos técnicos, políticos, organizativos, sociais e epidemiológicos que fundamentam as propostas relatadas, conduzindo ao aprofundamento desta temática e à descoberta de que cada situação demanda tratamento específico no âmbito municipal/local, exige criatividade e esforço para buscar o melhor a ser feito em favor da promoção, prevenção e proteção da saúde da população.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Saúde mental, atenção básica

### **ABSTRACT**

The goal of this work is, at the same time, contextualize and present technical and political perspectives for the adoption of health strategies and actions which better visualize the interface Mental Health and Primary Care, stable convictions around the conception and organization of the health care system, operate partial renovation by a Health Management Model, and based on these actions, have the possibility of formulating and implementing policies which, basing on critical organization points of that system, can create new work dynamics. So, this article was developed in a reflexive context, both for the texts on which they are based on, and the innumerable minutes of the work meetings, debates and comparisons being promoted together with the governmental bodies linked to this process at Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). It is necessary a critical reading of the text revealing the technical, political, organizational, social and epidemiological purposes of the proposals, leading to the discovery that each situation requires a specific treatment, at the municipal/local context, creativity and effort to do the best for the people's health promotion, prevention and protection.

### **KEY WORDS**

Mental Health and Primary Care

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório de 2001 sobre a Saúde do Mundo, enfatiza que a Saúde Mental na Atenção Básica torna o atendimento mais efetivo, articula-o com as demais etapas da atenção à saúde, além de mobilizar a comunidade e ser economicamente favorável.

A Secretaria Estadual da Saúde/RS (SES/RS) elegeu como uma de suas estratégias de ação o incremento da interface Saúde Mental e Atenção Básica (SMAB). Para tanto, constituiu um Grupo de Trabalho (GT), composto pelos atores governamentais diretamente envolvidos: Departamento de Ações em Saúde (Seções de Saúde Mental, DST/Aids, Saúde da Família), Escola de Saúde Pública do RS (Centro de Referência em Redução de Danos) e Centro de Saúde-Escola Murialdo.

O GT utilizou as seguintes estratégias: conhecer as experiências de SMAB existentes nos municípios brasileiros e seus referenciais teóricos, discutir o conceito de SMAB com base no SUS e priorizar uma forma de organização da atenção em Saúde Mental a partir da Atenção Básica.

Este documento contempla a construção e articulação desses atores na pactuação de diretrizes para o planejamento conjunto de ações. O referido documento tem como base os

princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, descentralização, regionalização e controle social. Tais princípios são tomados como norteadores da aproximação SMAB e discutidos quanto às suas diretrizes e estratégias para viabilização da inserção da saúde mental na rede básica.

No seguimento, buscar-se-á organizar um encontro estadual, cujo objetivo será a pactuação desses conceitos, discussão das práticas e planejamento de ações de qualificação da rede.

## A Concepção de Saúde Orientada pelo SUS

A partir dos anos 70, e mais fortemente nos anos 80, várias propostas de modificação do sistema sanitário foram se concretizando, o que resultou no Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema de saúde até então vigente era calcado numa visão dualista do processo de saúde-doença que direcionava as práticas sanitárias para uma assistência médica individual. A Constituição de 1988 e, posteriormente, as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 estabeleceram uma série de princípios que orientaram a implantação do SUS. Este último expressa um novo modelo de conceber saúde e de prática sanitária que passa a ser orientado pela visão de integralidade (CURSO..., 1998).

A compreensão da integralidade da atenção está atravessada pelo entendimento de que o sujeito é um ser de amplas e diferentes necessidades que não podem ser tratadas de forma isolada e, por vezes, descontínua. Ao contrário, para que se possa planejar e garantir a promoção e exercício da saúde como qualidade de vida, é preciso gerar o máximo de interfaces possíveis, sejam estas entre as diferentes pastas e serviços que compõem o campo da saúde, ou com outros campos, como educação, assistência social, justiça e segurança, habitação e cultura.

Quando compreendemos o conceito de saúde no seu espectro mais amplo, a saber, qualidade de vida, estamos fazendo ver e falar um conceito de saúde que rompe verdadeiramente com o regime e os saberes que dele se derivam, quando balizados na conceituação de saúde orientada na dualidade do normal e patológico.

Canguilhem (2000, p. 100) esclarece-nos que o sentido médico-científico dado à palavra normal foi construído em forma de conceito de maneira bastante equivocada. Para o autor,

[...] é a vida em si mesma e não a apreciação médica que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística. Isso porque, para o médico, a vida não é um objeto, é uma atividade polarizada, cujo esforço espontâneo de defesa e de luta contra tudo que é valor negativo é prolongado pela medicina que lhe traz o esclarecimento da ciência humana, relativo, mas indispensável.

Deste modo, é importante situar as possíveis conseqüências dessa dualidade, por exemplo, presente na diferença entre anormal e anomalia nas práticas em saúde, o que pode produzir efeitos desastrosos. Assim como a doença já esteve atribuída às noções de castigo e pecado, considerar anomalia (relativa à desigualdade e, portanto, diferença) e anormal (que significa fora da lei, da norma) como sinônimos, significa dizer que a diferença é fora da lei, ou seja, em uma leitura que radicaliza essa compreensão para dar visibilidade a seus riscos, que diferença é erro, que diversidade é crime, pois fora da lei. Assim, nessa lógica, ser diferente seria estar errado, o que aponta uma aproximação maior com a moral do que com a saúde.

A partir deste esclarecimento, torna-se mais visível a compreensão de como se constrói e se fortalece um conceito de saúde pautado no normal e no anormal (patológico) e o quanto as práticas referendadas aí operam modos de exclusão a tudo que se produz distante e diferente da norma vigente, como são compreendidos os estados de sofrimento psíquico do humano.

A saúde mental, enquanto saúde, trata-se de uma capacidade de viver a vida, de poder de expressão, de participação, de pertencimento. A saúde é uma potência exercida pelo indivíduo ou pelo grupo no sentido de realizar

aspirações, satisfazer necessidades e também de lidar com o meio ambiente, sabendo enfrentar as adversidades e lutando pela qualidade de vida. O adoecimento está presente quando, de alguma forma, a pessoa ou o grupo está privado de condições de vida ou de trabalho ou limitado de se movimentar na vida, de circular, de se desenvolver, de expressar sua singularidade, seu potencial. Segundo Starfield (2002, p.21), saúde é “[...] um recurso para a vida diária, não o objetivo dela”.

Quando entendemos o estado de saúde, não a partir da vivência subjetiva da pessoa ou do grupo e das relações estabelecidas com o meio, mas sim a partir de critérios pré-determinados de normalidade, podemos estar exercendo o domínio sobre as formas de viver segundo expectativas e padrões sociais que conduzem a um sistema social pré-concebido. Por exemplo, em um sistema social que valoriza a produtividade econômica como uma forma de expressão da saúde, uma pessoa que não produz segundo se espera poderá ser percebida como um doente.

O modelo corpo-instrumento, voltado para a produtividade, reflete-se também na forma da sociedade capitalista tratar seus elementos, quando, ao envelhecerem, diminui sua capacidade física de trabalho. Nesse período da vida, o indivíduo, por supostamente não poder participar de forma efetiva no processo de produção, é relegado ao ostracismo, perdendo seu sentido social ao retirar-se para a vida privada (**GONÇALVES, 1994, p. 30**).

Para Pinheiro (2001), a medicina ocidental contemporânea, ou a biomedicina, realiza um esforço sistemático em objetivar a doença do sujeito, destacando-a da pessoa enferma. A doença é dada como objeto e não como experiência na vida de pessoas singulares.

Segundo Mendes (1999), a concepção sobre o modo de se fazer saúde que deriva da biomedicina provém do início do século XX, com a publicação do Relatório Flexner, em 1910, pela Fundação Carnegie, um documento que obteve grande apoio financeiro de empresas privadas americanas. Tal documento expressava o entendimento do mecanismo de funcionamento do corpo humano tal como uma máquina, disponível para montagem e desmontagem, consertos, etc..; o reconhecimento da natureza biológica das doenças; a saúde entendida como um objeto individual; a percepção parcial do sujeito e o incentivo ao conhecimento especializado, proveniente da divisão técnica de trabalho; a tecnificação do ato médico, ou seja, a técnica mediando as relações entre médico e paciente; e a ênfase nos aspectos curativos, onde predominam o diagnóstico e a terapêutica em detrimento da causa. Todos os aspectos citados remetem a um conceito de saúde calcado na ausência de doença.

A prática sanitária que não considera a saúde como produto social tende a excluir os componentes coletivos

da doença e a socialidade da saúde; é uma resposta social aos problemas de saúde da população concentrada na perda do estado de saúde e que oferece serviços de atenção médica.

A história da psiquiatria científica nos remonta a uma série de sintomas que se traduzem em um diagnóstico ou enquadramento da pessoa numa doença. A loucura passa a ser vista como uma doença. De acordo com Resende (2001), a prática psiquiátrica direcionava-se às funções de curar, recuperar a força de trabalho, abrir e criar novas fontes de trabalho para os profissionais de saúde mental e auto-reproduzir o próprio sistema de assistência e de setores da economia a ele ligados, tais como os hospitais e indústrias farmacêuticas, dessa forma, totalmente coerente com o sistema sócio-econômico vigente. Aqueles que não conseguiam ser produtivos ou se adaptar à ordem social poderiam ser considerados anti-sociais.

Portanto, numa concepção de saúde mental como capacidade e acesso, a prática sanitária deve conceber meios de possibilitar a produção de saúde e não funcionar no sentido da reprodução social da exclusão. É um rompimento com a setorialização da realidade, uma busca por dar conta de um estado de saúde em permanente transformação:

[...] saúde vista em sua positividade e como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes, sobre o

estado de saúde acumulado e sobre as consequências da perda da saúde (MENDES, 1999, p. 239).

Vista dessa forma, a saúde deixa de ser um setor isolado, focalizando apenas uma intervenção especializada sobre fatores específicos e passa a ser uma combinação de práticas de diversos setores da sociedade e uma combinação de diversas disciplinas do conhecimento (CURSO..., 1998).

### **O Fazer Saúde na Perspectiva da Redução de Danos Ampliada – PRDA**

Ao longo dos últimos 20 anos, no contexto europeu, e dos últimos 14 anos no âmbito brasileiro, a Redução de Danos (RD) esteve associada, de forma central, a um conjunto de estratégias dirigidas à redução dos prejuízos vinculados ao uso de drogas injetáveis, como o HIV/Aids e Hepatites, principalmente através do uso compartilhado de agulhas e seringas.

Recentemente, no Brasil, tem-se ampliado o campo de intervenção das estratégias de RD, bem como alargado a compreensão a seu respeito. Paulatinamente, tem-se compreendido a Redução de Danos, muito mais como uma perspectiva, como um novo parâmetro no entendimento da problemática que envolve especificamente drogas e aids, e de maneira mais ampla, como um modo de operar saúde pública.

Nesta direção, parte-se da problematização acerca do sistema de saúde organizado a partir de uma visão dualista do processo de saúde-doença, o qual direcionava as práticas sanitárias para uma assistência médica individual, o que foi já referido neste texto, como sendo o mote, principalmente nos anos 80, para a concretização do próprio SUS.

Desta forma, pode-se dizer que os princípios e diretrizes que orientam a implantação e fortalecimento do SUS estão presentes, também, na compreensão da Redução de Danos Ampliada, como uma perspectiva que considera a universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social.

No que diz respeito à Universalidade, garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (RIO GRANDE DO SUL, 2002), a perspectiva da redução de danos propõe, como forma de acesso, a busca ativa do público alvo nos locais onde esta população está presente (por exemplo, no caso de uso de drogas, a ida aos locais de intenso uso e tráfico), com o propósito de dialogar com as comunidades. Como forma de acolhimento, indica que deve haver uma vinculação do usuário junto aos serviços de saúde, independente da especificidade desses espaços.

Quanto à Equidade, a assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de

determinados indivíduos e grupos de população (RIO GRANDE DO SUL, 2002), os PRDs apontam para a necessidade do planejamento e exercício de abordagens que levem em consideração a singularidade de cada pessoa envolvida, os limites e possibilidades de resgate do cuidado de si e dos outros (da condição de saúde). Propõe a realização de um Plano de Abordagem e Intervenção Individualizado (PAII), que é um dispositivo para o planejamento e exercício de intervenções específicas e singulares a cada comunidade e sujeito abordado, balizado na construção conjunta e participativa (envolvendo os próprios sujeitos), garantindo, assim, o protagonismo e o respeito aos valores éticos, limites e possibilidades subjetivas de cada um.

Já a Integralidade da Atenção pressupõe o reconhecimento: que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma sociedade; que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser fragmentadas; que as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema integral (RIO GRANDE DO SUL, 2002). A escuta é entendida como uma das estratégias para aplicação da integralidade e diz respeito à articulação dos equipamentos de atenção à saúde em REDE, decorrente da escuta integral e humanizada dos sujeitos. Outra estratégia é a potencialização de parcerias

entre PRDs e outros serviços das redes de saúde locais para: acesso e vinculação dos usuários, através de um número sempre mais amplo de atores de saúde, da potencialização do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na busca ativa e dos PACS/PSFs, como espaços legítimos de acolhimento e vinculação, bem como através do estreitamento das relações de trabalho entre os redutores de danos e os profissionais dos serviços de saúde mental (CAPs e CAPs ad).

Com relação à Participação e Controle Social, democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da sociedade para exercício do controle social na gestão do sistema (RIO GRANDE DO SUL, 2002), leva em conta a garantia da participação dos sujeitos direta e indiretamente envolvidos com a problemática relacionada no planejamento e exercício das intervenções de RD. Além do protagonismo dos usuários para com a atenção, uma outra estratégia para fazer valer este princípio é o Resgate de Cidadania. Esse último refere-se a um conjunto de dispositivos que potencializem a inclusão social dos usuários de saúde mental, tais como a reinserção no trabalho (oficinas de geração de renda), estímulo à participação nos espaços de controle social, resgate das condições mínimas para uma melhor qualidade de vida, qualificação profissional, educação continuada e permanente.

Concluindo, pode-se dizer que a Perspectiva de Redução de Danos Ampliada está balizada em uma concepção de saúde entendida como capacidade e acesso. Sendo assim, as estratégias de Redução de Danos passam a contribuir diretamente na organização das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.

### **Por um Modelo que Atenda às Necessidades Sanitárias**

Uma forma de organização das práticas sanitárias, coerente com o conceito de saúde como produto social e como qualidade de vida, e capaz de se orientar pela a Perspectiva de Redução de Danos, é o modelo de atenção à saúde denominado Vigilância da Saúde que, de acordo com Mendes (1999, p. 243-244), visa a

[...] recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em uma saber interdisciplinar e um fazer intersetorial.

Quanto às formas de intervenção para os problemas de saúde, a Vigilância da Saúde irá combinar as ações de sua promoção, prevenção e recuperação. Trata-se de um modo de intervenção que visa à integralidade nas ações. As ações de promoção da saúde se dirigem para a melhoria das condições de saúde individual

e coletiva, ou seja, atuam sobre os determinantes do processo saúde-doença. Já a prevenção dos acidentes e enfermidades relaciona-se à antecipação desses eventos de modo a reduzir os riscos de que eles ocorram. E, por último, a atenção curativa é voltada para o prolongamento da vida, através da redução do sofrimento ou reabilitação das seqüelas geradas por uma enfermidade ou dor (CURSO..., 1998).

A prática da Vigilância da Saúde, segundo Mendes (1999), é pautada em três pilares: território, problema e intersectorialidade. O reconhecimento do território torna-se essencial na medida em que o jeito de viver de uma determinada comunidade, seus hábitos, valores, suas características ambientais, políticas econômicas, sociais e de saneamento básico retratam a realidade vivida enquanto processo em permanente transformação. A identificação dos problemas de saúde que emergem na comunidade e por via epidemiológica pode mostrar o que está resultando do processo social vivido por essa comunidade e auxilia na orientação do planejamento em saúde. E o terceiro pilar trata-se de uma prática voltada à intersectorialidade, uma vez que a saúde é fruto das condições e das relações de vida de uma população e, portanto, vários setores, tais como educação, assistência social, esportes e lazer, habitação, etc., devem estar envolvidos e

devem construir, coletivamente, políticas e intervenções comuns através do diálogo.

Na proposta da Vigilância da Saúde, deve-se levar em conta um planejamento de atenção, ou seja, um planejamento da oferta, conforme as principais necessidades identificadas, política e tecnicamente, na coletividade, e as necessidades expressas espontaneamente por livre demanda pela população (CURSO..., 1998). A combinação desses dois tipos de ação deve estar presente e permear a organização da atenção e do processo de trabalho nas equipes de saúde.

O primeiro tipo de ações, denominado *ações programáticas*, envolve a identificação de problemas e necessidades prioritárias na comunidade a partir de distintos grupos populacionais; identificação dos determinantes desses problemas; a elaboração de objetivos que se pretende atingir para dar conta desses problemas ou necessidades, em função da melhoria da qualidade de vida; e, com base na capacidade instalada do serviço, a proposição de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde que possam cumprir com esses propósitos (TEIXEIRA, 1995). A implementação de um sistema de monitoramento e avaliação que possa acompanhar a eficácia e a eficiência dessas ações torna-se importante para o bom resultado da atenção fornecida.

O segundo tipo de ações por livre demanda consiste em acolher as



demandas espontâneas da população de acordo com a forma como as pessoas se sentem e vivenciam no momento. É um espaço onde o serviço se dispõe a fornecer atenção e cuidado imediato a quem solicita. Isso contribui para a estabilização psicossocial da população e para a identificação de novos problemas e necessidades emergentes na comunidade atendida.

### **O Campo da Saúde Mental nas Ações De Saúde e a Inclusão na Atenção Básica**

Tradicionalmente, a demanda espontânea dos usuários pelo serviço é, conforme relata Cecílio (2001), em sua maioria, por consultas médicas, medicamentos e exames, mas esta é apenas uma forma de a população responder à oferta culturalmente construída pelo próprio serviço. Ao longo do tempo, a população foi aprendendo a solicitar assistência através desses três recursos. É somente por meio de uma escuta interessada que se pode chegar às verdadeiras necessidades da população.

Segundo Pinheiro (2001), a queixa relatada pelo usuário contém uma série de necessidades implícitas, e que o profissional deverá ter a sensibilidade e a disponibilidade de acolher e auxiliar o usuário a decifrá-las. Muitas dessas necessidades podem ser traduzidas em falta de um vínculo efetivo ou afetivo nas

relações, ou, também, falta de autonomia para lidar com a própria vida, ou, ainda, dificuldades de condições de vida, o que muito bem pode ser compreendido dentro do campo da saúde mental.

A Política de Saúde Mental que vem sendo implantada a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira orienta as ações de saúde de modo a preservar a subjetividade da pessoa, sua história de vida e suas relações interpessoais. Propõe que a atenção e o cuidado estejam voltados a serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam às necessidades individuais e coletivas (MORENO, 1995).

Abordar o campo da Saúde Mental no PSF, de modo resolutivo e propositivo, de forma que venha a contribuir no sentido da integralidade em saúde, significa considerar a subjetividade tanto no processo de trabalho, quanto na prática de atenção.

Para Campos (1992, p.52), contemplar a subjetividade no pensar clínico também é um dos fatores que promovem a integralidade da atenção. No entanto,

Questões de ordem emocional e existencial geram irritação entre os técnicos dos serviços de saúde, que tendem a interpretá-las não como problemas de saúde a serem atendidos, mas como resultado da atuação do paciente que não 'coopera'. Esta visão acaba por criar uma demanda maior por assistência médica provocando retornos infundáveis aos médicos.

Escutar o usuário parece uma missão bastante difícil para os profissionais de saúde que estão habituados a olhar

para a doença e os sintomas, e não para a pessoa que está doente. Desse modo, é somente com a valorização dos aspectos subjetivos na relação profissional-usuário, que se poderá transpor esses obstáculos. A produção de subjetividade acontece a cada encontro do profissional com o usuário. O usuário, nesse modo de conceber saúde e produção de saúde, é considerado co-produtor da sua saúde e da saúde da coletividade. Para isso acontecer, é importante que o profissional abra mão de sua onipotência, quanto ao saber e supremacia da técnica, e possibilite uma relação que vise a um compartilhamento de responsabilidades. O usuário passa da condição de objeto para o status de ator (SILVEIRA, 2003).

Pensar na interface saúde mental e atenção básica significa levar em conta a intersubjetividade entre os profissionais da equipe, a intersubjetividade entre profissional e usuário, e, ainda, a subjetividade do próprio usuário enquanto sujeito da experiência vivida. Campos (1992) indica alguns elementos como sendo essenciais para uma prática em saúde pautada pelo SUS tais como flexibilidade, vínculo com a equipe, abertura às necessidades apresentadas pelos usuários e respeito às suas diferenças enquanto indivíduos ou grupos. Todos esses elementos fazem parte do campo da saúde mental e, portanto, precisam estar presentes no âmbito de

conhecimentos dos profissionais da Atenção Básica.

### **O PSF como Principal Estratégia para a Interface Saúde Mental e Atenção Básica**

Existem muitas formas de organização dos sistemas de serviços de saúde, mas os mais conhecidos, de acordo com Mendes (2002a), são dois: os que se organizam através de um conjunto de serviços de atenção à saúde, isolados, e sem comunicação entre si, onde atua uma atenção básica de forma precária e descontínua e os sistemas constituídos de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizados pela atenção básica, que presta uma assistência continuada a uma população previamente determinada e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relacionados a essa comunidade.

Nos sistemas fragmentados, predomina uma estrutura piramidal, onde os serviços são acessados de forma hierárquica, segundo uma complexidade crescente. Entretanto, essa forma de conceber a organização do sistema entende a Atenção Básica enquanto menos complexa do que as demais. Para Mendes (2002b), a Atenção Básica compreende uma série de conhecimentos interdisciplinares, além de atitudes e habilidades altamente especializadas.

No sistema integrado de organização dos serviços, o sistema piramidal é substituído por uma rede horizontal integrada, onde não há hierarquização dos serviços. Na rede horizontal, os diferentes pontos de atenção à saúde constituem nós dessa rede, que é coordenada pela atenção básica para que haja uma interação qualificada entre eles. Portanto, como centro da comunicação desse sistema, a Atenção Básica tem um papel altamente resolutivo, fundamentalmente organizador e, sobretudo, de responsabilização pelo usuário em qualquer ponto da rede.

A Portaria nº 373/02, que aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde, amplia a responsabilidade municipal em termos de Atenção Básica que se torna a principal porta de entrada do sistema de saúde, favorecendo o acesso do cidadão, o mais próximo possível das suas relações. Entendemos que a Atenção Básica é um serviço de atenção integral à saúde e que pode oferecer ações integradas ou focalizadas na saúde mental, de forma contínua e personalizada. Os demais serviços especializados em saúde mental da rede de atenção, tais como CAPS, residenciais terapêuticos, emergência psiquiátrica, etc, estão colocados como serviços de suporte à Atenção Básica, atuando de forma complementar ao sistema (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

No Brasil, a principal estratégia de ação em Atenção Básica é o Programa de Saúde da Família (PSF) que apresenta como princípio fundamental a prevenção e a promoção de saúde contextualizada à realidade local. Dentro dessa mesma linha, o estado do Rio Grande do Sul prioriza o PSF como um projeto estruturante, como principal estratégia para a reorganização da Atenção Básica, estratégia esta que busca provocar uma transformação interna ao próprio sistema, caracterizando-se por substituir as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios de Vigilância à Saúde (Documento Saúde da Família). O PSF visa à atenção centrada na família percebida dentro de seu ambiente físico e social (GUEDES, 2001). Às Equipes de Saúde de Família, cabe trabalhar com a definição de um território de abrangência, o que significa a área sob sua responsabilidade.

Ao trabalhar com a adscrição de uma determinada população a uma equipe, o PSF proporciona o estabelecimento do vínculo e da responsabilização, permitindo, a partir dessa maior proximidade, a percepção das dimensões subjetivas e das determinações psicossociais envolvidas nas formas de viver dessa população. Além disso, torna necessária uma maior participação da comunidade no processo de promoção de sua saúde, o que traz para as equipes o imperativo de desenvolver, em conjunto com essa

comunidade, atividades que melhorem as condições de vida, que possibilitem a ampliação do cuidado em saúde por meio da promoção, da responsabilização e do autocuidado (MS).

Pode-se dizer, então, que o PSF é uma estratégia organizadora dos sistemas de serviços de saúde oferecidos à população, expressando um movimento de ruptura com um tradicional padrão de assistência e está calcado no paradigma da saúde como produção social (SOUZA et al., 2002).

Para Silveira (2003, p. 44),

[...] a problematização da incursão das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família emerge como necessária quando as práticas de atenção e de cuidado focalizam o usuário da atenção básica nesta nova possibilidade de co-produção da saúde.

Para a autora, o sujeito da saúde coletiva é co-produtor de sua saúde e da coletividade. No cuidado em saúde, a produção de subjetividade ocorre no encontro do usuário com o profissional de saúde.

Sendo assim, é inegável a rica intervenção a ser realizada pelas Equipes de Saúde da Família em relação à população de sua área adstrita. Reforçando a relevância desse olhar sobre a saúde mental, a OMS, no seu Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, coloca que, pensar a saúde mental na Atenção Básica torna o atendimento mais efetivo, articula-o com as demais etapas da atenção à saúde, além de mobilizar a

comunidade e ser economicamente favorável. Para que isso aconteça, é necessário que as pessoas envolvidas com a saúde da família recebam subsídios para a atenção em saúde mental.

Pensar na produção de saúde mental significa, de acordo com a Vigilância da Saúde, propor intervenções integrais organizadas de acordo com a cultura e, portanto, com o contexto sócio-econômico e político de cada comunidade, visando também, às necessidades humanas de forma individual e coletiva. Significa conhecer de forma profunda as características da comunidade, seus problemas, o que os determinam, e atuar, de forma intersetorial, sobre os mesmos, de modo a promover qualidade de vida.

Cabe, dessa forma, acolher os usuários, proporcionando-lhes o tempo necessário para promover uma escuta de seus desejos, demandas e necessidades em saúde, o que implica a forma com que este experimenta o seu sofrimento, seja ele uma dor subjetiva ou uma doença específica. Envolve, também, o estabelecimento de um vínculo que possibilite a verdadeira sensação de acolhimento por parte do usuário. Além disso, permite que o profissional contextualize a experiência vivida pelo sujeito com a sua cultura e condições de vida. A postura descrita favorece a construção conjunta de um plano de atenção individual para cada usuário que, conforme as necessidades apresentadas,

pode envolver recursos diversos da equipe básica, de serviços especializados, de outros setores que não somente o setor saúde, e, ainda, recursos da própria comunidade.

Benedetto Saraceno sugere priorizar, nas ações, as psicoses, a dependência química, a grave dependência institucional e a deficiência mental (ALVES, 2001). Já a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2001) sugere como principais problemas de saúde mental a serem abordados na Atenção Básica pelas Equipes de Saúde da Família: a exclusão social (pacientes cronicados em hospitais psiquiátricos, pessoas em prisão domiciliar, população em situação de rua, idoso em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, etc.); o alcoolismo e outras dependências; os transtornos mentais severos e persistentes; o suicídio ou tentativas de suicídio; e a violência em suas diversas formas (domiciliar, comunitária, etc.).

A título de ilustração do que está sendo exposto, podemos considerar os usuários com sofrimento psíquico grave (transtornos severos e persistentes) como público alvo e os problemas relacionados a essa situação na comunidade atendida. A referida Oficina propõe o uso do índice de prevalência desses transtornos em 3% da população. Podemos, inicialmente, estimar,

quanto por cento da população da área de abrangência do serviço apresenta sofrimento psíquico grave. Digamos que um dos problemas mais freqüentes com esse público seja a exclusão social. Dessa forma, teremos que investigar o que está produzindo esta exclusão social das pessoas com sofrimento psíquico grave na comunidade.

Prosseguindo em nosso exercício, podemos chegar à conclusão de que o estigma da loucura na comunidade é muito forte, as internações em hospitais psiquiátricos são freqüentes e os espaços na rede social dessa comunidade que oportunizam a inserção social desses sujeitos são inexistentes. A próxima etapa será a de propor objetivos para mudança dessa situação, que poderão ser:

1. reduzir o estigma da loucura na comunidade;
2. reduzir o número de internações psiquiátricas;
3. ampliar a reinserção social desses usuários.

Ações mais voltadas à promoção da saúde podem vir a contribuir para a mudança da cultura da comunidade, de modo que a discriminação possa ser reduzida. Outra ação, agora mais no sentido preventivo, é o acompanhamento de gestantes e bebês de modo a fortalecer o vínculo cuidador/bebê, o que reduz as possibilidades de gerar transtornos posteriormente. Um terceiro tipo de ação está em possibilitar acompanhamento

individual sistemático desses usuários e de sua medicação, oferecer um grupo terapêutico e oficinas terapêuticas ou de geração de renda que atuem sobre a recuperação da saúde e a reinserção social. Por último, ressalta-se a importância de um sistema de acompanhamento dessas ações.

As intervenções, ao serem monitoradas, permitem avaliar até que ponto elas estão cumprindo com os objetivos propostos, o impacto causado pelas mesmas assim como perceber o quanto essas estratégias estão modificando ou não o contexto dos problemas detectados.

Os objetivos propostos visam a direcionar a atenção para onde se deseja intervir e vão servir de base para a construção de ações de promoção da saúde para os mesmos, considerando a capacidade instalada do serviço e a rede de atenção integral em saúde mental que envolve outros setores, tais como educação, assistência social, cultura, etc. e outros serviços de suporte (serviços especializados) à Atenção Básica. A rede de serviços de suporte à Atenção Básica, tais como CAPS, emergência psiquiátrica, residencial terapêutico, hospital geral, entre outros, é de extrema importância para a efetividade da atenção integral para que o PSF possa realizar o que lhe compete.

Desta maneira, a Vigilância em Saúde, contemplando a Saúde Mental, compreende as ações programáticas e as

ações de livre demanda, e necessita estar conectada com as demais ações do Programa de Saúde da Família, de modo a compor uma prática integral.

Considera-se que o PSF, ao organizar sua atenção, possa levar em conta os problemas em saúde mental descritos e, também, as especificidades de seu território de abrangência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os tópicos trabalhados nesse artigo contribuem para a reflexão quanto à Interface Saúde Mental e Atenção Básica no sentido de fortalecer a concepção de saúde como qualidade de vida e como processo social, considerando a perspectiva de redução de danos ampliada e estimulando a prática sanitária da vigilância da saúde na Atenção Básica, tendo como estratégia o Programa de Saúde da Família, para o exercício da Atenção em Saúde Mental.

O conceito de saúde presente no SUS permite vislumbrar um sistema que provê as condições básicas de um relativo bem-estar e promove o amplo desenvolvimento do potencial humano e comunitário. O campo da saúde mental se insere neste contexto intrínseco ao viver humano.

A perspectiva da redução de danos ampliada, conforme proposto nesse estudo, passa a ser uma lógica que

permeia o desenvolvimento das práticas em saúde na Atenção Básica, não mais voltada, unicamente, à questão das drogas ou das DST/aids, mas também a todo e qualquer grupo populacional atendido.

A Vigilância da Saúde é compreendida como uma proposta de modelo assistencial que oferece condições para exercício do SUS e que, aplicada no âmbito da Atenção Básica, e, mais propriamente, nos Programas de Saúde da Família, favorece uma abrangência, em termos de atenção, às necessidades em Saúde Mental da grande maioria da população.

Acreditamos que abordar essa interface implica, necessariamente, considerar a integralidade nas ações. Refere-se a uma prática exercida por todos os profissionais da equipe e que vai além do setor saúde. Portanto, valoriza-se a existência de espaços de interlocução entre profissionais de uma mesma equipe, entre equipe e comunidade e entre serviços de diferentes setores incluídos na organização do processo de trabalho. Ou seja, diferentemente de uma organização do trabalho em que se prioriza o atendimento individualizado como forma de produção, redimensiona-se o tempo, o espaço e a disponibilidade profissional, de forma a contemplar o exercício da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e da participação popular. Em relação a esse último, sabe-se que é por esse canal que fluem as demandas e aspirações da

sociedade, que de forma organizada participa, se manifesta, critica, reivindica, fiscaliza, propõe e define políticas públicas para a saúde.

Várias dificuldades estão presentes nesse processo, uma vez que se trata de reformular conceitos e modos de pensar e articular a produção de saúde pelo sistema, o que envolve e compromete gestores, trabalhadores da saúde e a sociedade em geral. A vontade política do gestor é essencial para que existam meios de promover as mudanças necessárias. Sem a disponibilidade dos profissionais para se capacitarem e exercitarem esses conceitos e esses modos de fazer saúde, também as práticas não serão alteradas; por fim, a definição de métodos e processos de trabalho que, ao afirmarem ações fortes, reguladoras, presentes na organização e no impulsionamento qualificado dos serviços prestados, afirmem também um sistema de saúde que seja eficiente, acessível, capaz de otimizar ao máximo os recursos públicos de que dispõe.

Trata-se de fazer valer nossa capacidade de transformação através de uma construção coletiva e participativa, de modo a superar antigos paradigmas calcados em interesses diversos às necessidades reais da população. E essa transformação tem a ver com mudança, tem a ver com ânimo, tem a ver com disposição, tem a ver com capacidade de superação, e não há projeto, idéia e/ou

proposta que resista ao tempo sem ser sacudido, sem produzir rupturas, sem renovar esperanças.

Talvez aqui residam alguns dos nossos maiores desafios: o desafio de romper com a lógica implacável da rotinização: o desafio de injetar ânimo novo em nossas ações, de criar um clima de encantamento e vontade de inovar.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- BRASIL, Caroline Brasil. A “Costura” da Tecitura. In: \_\_\_\_\_. **A Perspectiva de redução de danos com usuários de drogas**: um olhar sobre os modos éticos de existência. 2003. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: UFRGS, 2003. cap. 3.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/PSF.htm>> Acesso em: 15 mar. 2004.
- CAMPOS, Florianita C. B. O lugar da saúde mental na saúde. In: CAMPOS, F. et al. **Psicologia e saúde**: repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 47-57.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- CECÍLIO, Luis Carlos de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- CURSO DE APERFEIÇOAMENTO PARA DIRIGENTES MUNICIPAIS DE SAÚDE. Gestão em Saúde: planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília, DF: UnB, 1998. Programa de educação à distância. Unidade II.
- GUEDES, Ana Emília Leite. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- GONÇALVES, Maria Augusta Salin. **Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação**. São Paulo: Papirus, 1994. (Coleção Corpo e Motricidade).
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.
- \_\_\_\_\_. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002b.
- MORENO, Vânia. **O Processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica**: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.
- PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni ; MATTOS, Ruben A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e cultura**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Guia de serviços de saúde mental**. Porto Alegre, 2002.
- SILVEIRA, Denise Pinto. Saúde pública e saúde mental: atravessamentos em análise. In: \_\_\_\_\_. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde**: uma cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. 2003. Dissertação (Mestrado)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. cap. 2.
- SOUZA, H. M. et al. A implantação de uma nova mentalidade. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v. 2, n. 6, p. 20-27, 2002.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TEIXEIRA, Carmen. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, Eugênio (Org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.