

A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise

Mental health in the Brazilian national health care system: An analysis of two realities
La salud mental en sistema nacional de cuidado de la salud del Brasil: Un análisis de dos realidades

ROSANE NEVES*

MAGDA DIMENSTEIN**

SIMONE PAULON***

HENRIQUE NARDI****

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

ÓMAR BRAVO****

Universidad Icesi, Colombia

VANESSA ALMIRA BRITO DE MEDEIROS GALVÃO*****

ANA KALLINY DE SOUSA SEVERO*****

RAFAEL FIGUEIRÓ*****

Universidade Potiguar, Brasil

Resumo

Este artigo analisa as formas de funcionamento e de tratamento as demandas em saúde mental nas equipes do Programa Saúde da Família em duas unidades da rede básica das cidades de Natal e Porto Alegre, Brasil. Na primeira etapa da pesquisa foram feitas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais das duas unidades de saúde. Em Natal foram realizadas 40 entrevistas; em Porto Alegre 14, todas no ano 2008. Nas duas unidades pesquisadas foi possível observar a presença de representações preconceituosas que associam à loucura com

periculosidade e descontrole, sendo a solução mais frequente à simples administração de medicação psiquiátrica. As formas de funcionamento institucionais, mantêm ainda uma estrutura vertical e burocrática, que dificulta a aparição de práticas de prevenção e atenção em saúde de caráter originais e participativas. Considera-se, a partir destes achados, que é preciso investir numa política de saúde mental na atenção básica, baseada em formas de trabalho superadoras dos modelos medicalizantes e manicomial, o que implica necessariamente reformular a forma de funcionamento interno das equipes.

Palavras-chave: saúde mental; atenção básica; loucura.

* Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Av. Ramiro Barcelos 2600 Santana. 90035-003 - Porto Alegre, RS - Brasil. Telefone: (51) 33085458 Fax: (51) 33085405. E-mail: rosane.neves@ufrgs.br

** E-mail: magda@ufrnet.br

*** Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. E-Mail: simonepaulon@gmail.com

**** Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. E-mail: henardi@terra.com.br

***** Cra 79 a # 9- 83. Cali, Colômbia. Telefone: 57-2-3396078. E-mail: omarlakd@gmail.com

***** E-mail: vanemedeiros@yahoo.com.br

***** E-mail: akssevero@gmail.com

***** E-mail: rafaelpsiufrn@hotmail.com

Para citar este artículo: Neves, R., Dimenstein, M., Paulon, S., Nardi, H., Bravo, O., Brito V., De Sousa, A. K., Figueiró, R. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 356-368.

Abstract

This article analyzes the procedures and the way of understanding and treating mental healthcare needs in the Family Health Strategy in two units of the basic healthcare network of the cities of Natal and Porto Alegre, Brazil. In the first stage of the research, in 2008, semi-structured interviews with the professionals of both healthcare units were conducted. 40 interviews were conducted in Natal, and 14 in Porto Alegre. In both units where research was conducted it was possible to observe the presence of preconceived representations about insanity as well as a strong tendency to solve mental healthcare needs through the simple administration of psychiatric medication. Based on these research results, it is necessary to invest in a mental healthcare policy in basic healthcare based on the creation of effective rapports between users and care givers, which also involves the reformulation of the internal procedures of the teams.

Keywords :mental health, basic healthcare, madness

Resumen

Este artículo analiza las formas de funcionamiento y de tratamiento a las demandas en salud mental en los equipos del Programa Salud de la Familia en dos unidades de la red básica de salud de las ciudades de Natal y Porto Alegre, Brasil. En la primera etapa de esta investigación se hicieron entrevistas semiestructuradas a los profesionales de las dos unidades de salud. En la ciudad de Natal fueron realizadas 40 entrevistas; en Porto Alegre 14, todas en el año 2008. En las dos unidades investigadas fue posible observar la presencia de representaciones preconcebidas que asocian locura con peligrosidad y descontrol, siendo la solución más frecuente la simple administración de medicación psiquiátrica. Las formas de funcionamiento institucionales mantienen todavía una estructura vertical y burocrática que dificulta la aparición de prácticas de prevención y atención en salud de carácter original y participativo. Se considera, a partir de estos resultados, que es preciso invertir en una política de salud mental en la atención básica, basada en formas de trabajo que superen los modelos medicalizantes y manicomiales, lo que implica necesariamente reformular el funcionamiento interno de los equipos de salud.

Palabras clave: salud mental, atención básica, locura

Este artigo objetiva analisar as formas de funcionamento de equipes da Estratégia Saúde de Família (ESF) em duas unidades da rede básica das cidades de Natal e Porto Alegre. Procurou-se destacar as representações existentes em cada uma das equipes em torno a saúde mental, loucura e formas de atendimento e a forma em que estas influenciam a maneira de entender e tratar as demandas em saúde mental existentes nas comunidades de suas áreas de referência.

Analisando a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), Pasche (2008) enumera como avanços dignos de nota o fato de que nesses 20 anos de existência:

Reorganizou-se a rede de atenção, solidificando-a a partir do fortalecimento de estratégias de atenção básica; ampliou-se o acesso das pessoas aos serviços; o território nacional foi integrado por meio de redes de atenção municipalizadas e regionalizadas; ampliou-se a quantidade, a diversidade e a qualidade dos trabalhadores da saúde, avançando-se na organização do trabalho em equipe. (Pasche, 2008, p. 15)

Segundo Pasche (2008) esta lógica segue uma orientação relativamente simples, baseada no princípio de que “todo cidadão tem o direito a uma equipe que lhe cuida, com a qual estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de co-responsabilização no cuidado” (Pasche, 2008, p. 10). Baseado no documento do Ministério da Saúde “Saúde da Família: Uma estratégia para a organização da atenção básica”, Goulart (2002) traz algumas definições norteadoras da proposta da ESF, entre elas: ser a porta de entrada de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde; ter um território definido com uma população delimitada sob sua responsabilidade e intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta prestando assistência integral, permanente e de qualidade.

A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção

da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade. Conforme o previsto, a Estratégia Saúde da Família acabou aglutinando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).¹ Esta lógica preza por uma atuação dos profissionais de saúde em perspectiva interdisciplinar, preconizando ações conjuntas (Nunes, Jucá e Valentim, 2007). O trabalho cotidiano das equipes da ESF pressupõe uma capilaridade territorial que as coloca em contato direto com a comunidade e seus problemas. Este contato deve possibilitar uma maior compreensão sobre os processos de adoecimento, para além do registro individual, no corpo físico dos sujeitos que adoecem. A ESF e o PACS constituem-se, assim, nos eixos estruturais da atenção básica no SUS. Os agentes comunitários trabalham tanto ligados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da saúde da família, como fazendo parte de uma equipe básica de saúde da família, membros de uma equipe multiprofissional.

No campo específico da saúde mental, aconteceu um processo de mudanças orientado na mesma direção geral que estas políticas em saúde pública comentadas. Os novos paradigmas em saúde mental destacam a prevenção e a participação comunitária, reivindicando um modelo de clínica ampliada que permita entender os vários determinantes (culturais, sociais, econômicos, subjetivos, etc.) que intervêm na produção do sofrimento psíquico e nos processos de adoecimento e cura.

Na passagem de um para outro modelo acontece não só uma mudança teórica senão também a demolição concreta de uma cultura (Basaglia, 2005), que permite afirmar um conceito diferente de saúde e doença. Romagnoli (2006) considera que a ruptura com o modelo psiquiátrico, no contexto da atenção básica em saúde, acontece num embate cotidiano de forças onde se coloca em disputa outra forma de entender a loucura e os modos relacionais e existenciais a ela vinculados.

Costa (1989) destaca as características principais do novo paradigma em saúde mental, que

passam pela constituição de um novo objeto de intervenção (a saúde mental); um novo objetivo (a prevenção); novos sujeitos de intervenção (a coletividade) e uma integração dos aspectos biológicos, psíquicos e sociais na concepção da personalidade, entre outros aspectos.

Spink (2007) considera a necessidade de entender a doença como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, postura esta que implica a necessidade de realizar dois saltos qualitativos:

Primeiramente porque aborda a doença não apenas como uma experiência individual, mas também como um fenômeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade. Em segundo lugar, por inverter a perspectiva deixando de privilegiar a ótica médica como único padrão de comparação legítimo e passando a legitimar também a ótica do paciente. (Spink, 2007, p. 47)

A política em saúde mental se depara com a necessidade de dar conta da crescente e variada demanda surgida com o aumento de patologias clássicas (como a depressão, por exemplo) e a aparição de novas patologias. Pode-se dizer que tal fenômeno está intimamente vinculado à crescente deterioração do tecido social e às importantes mudanças culturais produzidas pelas políticas econômicas neoliberais, executadas com singular violência nos últimos anos, principalmente no âmbito latino-americano (Galende, 1997).

Alves (citado por Oliveira & Corvelho, 2006) estima em 20% a prevalência global de transtornos mentais na população brasileira, destacando as altas demandas potenciais em saúde mental nas cidades de Brasília e Porto Alegre (34%) e São Paulo (19%), sendo os distúrbios de ansiedade e fóbicos as patologias mais relevantes. Segundo os mesmos autores, existe também um consumo abusivo de álcool que, na população do sexo masculino na cidade de Porto Alegre, atingiu 15%.

O trabalho cotidiano das equipes da ESF pressupõe uma capilaridade territorial que as coloca em contato direto com a comunidade e seus problemas, o que lhes permite constituir-se como uma impor-

1 O PACS era um programa transitório (Lima & Moura, 2005) e emergencial enquanto não era possível criar em pequenos municípios as equipes de PSF.

tante estratégia de expansão das ações preconizadas pelo processo de reforma psiquiátrica em curso no país e pelos princípios da declaração de Caracas. Esta declaração reforça a idéia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à Atenção Primária em Saúde (APS), incentivando a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, priorizando a manutenção do portador de sofrimento psíquico em seu meio social (Kalil, 1992).

No Brasil, algumas tentativas de implantação de dispositivos de saúde mental na rede de atenção básica merecem ser citadas. Boarini e Quijo (2007) analisam o impacto da experiência de um Centro de Convivência em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Maringá. Essa iniciativa surgiu de uma pesquisa prévia que indicava o pouco conhecimento existente em relação aos egressos do hospital psiquiátrico por parte da equipe da UBS (Unidade Básica de Saúde). Os poucos usuários que procuravam a unidade, o faziam para revalidar a receita médica. Por outra parte, os agentes comunitários de saúde tinham dificuldades para identificar essa população no campo. As autoras destacam ainda como obstáculo “a expectativa de melhoras rápidas e fantásticas” (Boarini & Quijo, 2007, p. 376) e a suposição de que estes usuários podiam ser perigosos, dada a sua condição psíquica. Amaral (citado por Vecchia, 2006) destacou a baixa aceitabilidade dos egressos de instituições psiquiátricas por parte da rede básica de saúde, constatando também que 32.5% dos pacientes psicóticos acabam sendo reinternados após um período aproximado de quatro meses após a sua saída da instituição.

Conforme Dimenstein (2004), a inclusão das questões de saúde mental na política de implantação da Estratégia Saúde da Família, mediando a relação com o CAPS,² mostra-se como uma forma de inibir a fragmentação do cuidado. Experiências relatadas dão conta de que a parceria CAPS/ESF

pode reverter o alto índice de procura dos postos por dependência aos benzodiazepínicos ao propor um trabalho baseado nos vínculos afetivo-compreensivos e na participação da comunidade ao lidar com momentos de crise. Para as equipes da ESF o território é um tema central no processo de trabalho e na construção das práticas de cuidado.

Ao delimitar determinado recorte geográfico, uma equipe de saúde se torna responsável pela população que vive naquela área e pela vigilância aos determinantes do processo saúde-doença daquele território. Aqui se situa uma aproximação entre o movimento de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica e a Estratégia Saúde da Família: promover ações de saúde socialmente contextualizadas. A ESF trabalha na lógica de um recorte territorial, entendido como delimitação de determinada área que fica sob responsabilidade de uma equipe de saúde e que funciona como o *locus* operacional das ações. O que torna a ESF uma proposta pertinente para o desenvolvimento de ações de Saúde Mental é, segundo Abdalla et al. (2006), o fato de ter como objeto de atenção a pessoa e seu contexto familiar e comunitário, e não a doença.

As ações realizadas no território de vida das pessoas são normalmente consideradas como sendo de baixa complexidade, enquanto as ações realizadas em centros cirúrgicos e grandes hospitais são consideradas de alta complexidade. Lancetti (2006) e Barros (2003) defendem a idéia de que em saúde mental é exatamente o contrário. Os procedimentos realizados dentro dos muros dos hospitais psiquiátricos, nas enfermarias e nos pátios, são procedimentos simples e tendem à simplificação. A vida do paciente, na medida em que a doença se cronifica, tende a ficar cada vez mais empobrecida. Já as ações no território de vida das pessoas são muito mais complexas, com todos os atravessamentos culturais e com um *setting* que não é fixo. Daí decorre uma das alternativas para lidar-se com

2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde que operam como lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e persistência justifiquem sua permanência neste tipo de dispositivos (Brasil, 2004). A Portaria 224/92 oficializa a existência dos CAPS, definindo estes dispositivos como espaços de atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (Brasil, 1992). Várias modalidades de intervenção devem ser oferecidas por estes dispositivos, entre outras, o atendimento individual, em grupo, dirigido a famílias ou de caráter comunitário. Também estão previstas assembléias que reúnam técnicos, usuários do serviço e familiares, para discutir as intervenções e avaliar o serviço (Brasil, 2004).

a loucura na perspectiva da ética da diferença: a de “investir em projetos clínico-políticos que interfiram na relação ‘território existencial-universos de referência’ (redes de sociabilidade e redes urbanas)” (Barros, 2003, p. 202).

Um dos instrumentos para este trabalho é o Apoio Matricial que tem como objetivo possibilitar que as equipes de referência possam produzir o cuidado no território de vida das pessoas, rompendo com a lógica do encaminhamento para serviços especializados. O desenho do Apoio Matricial foi proposto por Campos (1999) e tem como objetivo fornecer suporte técnico e pedagógico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelas ações básicas de saúde de determinado território adscrito, trabalhando na lógica da co-responsabilidade, ou seja, a produção de uma responsabilidade partilhada no lugar do simples encaminhamento a uma outra instância de cuidado.

Para organizar a atenção em determinadas áreas específicas, Campos (1999) propõe organizar Equipes Matriciais de Apoio que, num recorte temporal mais transitório, ofereceriam apoio tecnológico e pedagógico às equipes de referência, em forma de ações matriciais. Estas ações se efetuariam de preferência em conjunto, pois, assim, as intervenções teriam não só um caráter clínico, mas também pedagógico, de instrumentalização e potencialização das equipes locais. Não há encaminhamentos, mas desenhos de projetos terapêuticos executados por um número maior de trabalhadores, o que pode se dar através da discussão de casos clínicos, intervenções e atendimentos conjuntos, oferecendo retaguarda assistencial, suporte técnico e apoio pedagógico (Campos & Domitti, 2007). A responsabilidade maior continua sendo da equipe de referência.

A responsabilidade partilhada entre as Equipes de Referência e as Equipes de Apoio Matricial tem como objetivo reverter a tradicional lógica do encaminhamento para níveis maiores de complexidade, tal como o sistema referência e contra-referência, dentro de uma concepção piramidal do Sistema Único de Saúde. A lógica do encaminhamento costuma ter como resultado a desresponsabilização no ato de encaminhar e uma falta de integração entre

as ações da equipe situada no território adscrito e as ações do serviço especializado. Ao contrário, quando um usuário participa de alguma atividade matricial ele não deixa de ser, mesmo temporariamente, usuário da equipe local. Desta forma, diminui-se o risco de que o usuário se perca no meio do labirinto de inúmeros encaminhamentos.

Apoio Matricial e Equipes de Referência também podem ser pensados como uma metodologia de trabalho que visa realizar a clínica ampliada e a integração dialógica entre as diferentes profissões e especialidades. O apoiador matricial, além das intervenções conjuntas, pode realizar ações específicas que assim o requeiram, sempre mantendo contato com as equipes locais, que não deixariam de se responsabilizar por seus usuários (Campos & Domitti, 2007).

O matriciamento permite somar ao trabalho da equipe outras atividades ligadas ao gosto pessoal dos trabalhadores de saúde que, mesmo tendo um número de usuários sob sua responsabilidade, poderiam oferecer apoio matricial para outros usuários em atividades específicas, como, por exemplo, oficinas de música, culinária ou literatura. Campos (1999) acredita que esta proposta de gestão pode funcionar como um dispositivo, um artifício que provoque mudanças nos processos de subjetivação no trabalho em saúde, produzindo uma valorização concreta do vínculo terapêutico e da integralidade da atenção, possibilitando novos arranjos de gestão, novos padrões de comunicação e de sociabilidade. Na mesma direção, Barros (2003) afirma a importância de novos contratos de trabalho, com iniciativas de co-gestão sejam fundamentais “quando se quer implementar práticas clínicas que invistam no aumento da autonomia e co-responsabilidade dos usuários” (Barros, 2003, p. 201).

A retaguarda para as necessidades de saúde mental, segundo o Ministério de Saúde (Brasil, 2004), é de responsabilidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais devem oferecer Apoio Matricial Especializado em Saúde Mental para as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Municípios com menos de 20000 habitantes que, portanto, não têm população suficiente

para cadastrar um CAPS, podem organizar Equipes Matriciais para o apoio em Saúde Mental junto às equipes locais da Atenção Básica ou da ESF.

Fica evidente a importância da ESF na construção de um cuidado integral ao usuário portador de sofrimento psíquico, e que a ESF tanto tem a possibilidade de produzir um cuidado contextualizado no território de vida dos usuários como pode se tornar a porta de entrada de um itinerário de segregação.

No Brasil, os Agentes Comunitários de Saúde se constituíram como linha de frente da Atenção Primária em Saúde, sendo considerados sua mola propulsora. Se os debates no campo da saúde se consolidam através das práticas, estes trabalhadores de saúde são os que inscrevem estes debates mais perto do real-social, levando o paradoxo entre o cuidado e o controle das populações às paisagens mais longínquas, aos territórios mais áridos e empobrecidos e às populações mais vulneráveis. No epicentro de toda a luta pela atenção integral e pela universalidade de acesso à saúde, está este trabalhador andarilho, com seu caminhar pela comunidade.

Nogueira (2000) considera o ACS um trabalhador *sui generis* porque suas funções transcendem o campo da saúde, atuando sobre as condições de vida da população e porque não pode ser classificado em categorias que preexistem historicamente no campo da saúde. O ACS teria a característica de possuir uma identidade com a comunidade e um pendor para a ajuda solidária. O autor define o papel de mediador exercido pelo ACS como:

um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado. (Nogueira, 2000, p. 10)

Nunes (2002) afirma que o ACS é o ator mais intrigante da Estratégia de Saúde da Família, pelas relações de troca entre saberes que produz e porque vive a realidade de saúde de sua comunidade ao mesmo tempo em que faz parte de uma organi-

zação de saúde. Isto faz do agente um personagem híbrido e polifônico, portando contradições e potencialidades ao transitar entre o serviço de saúde e a comunidade. Tais características podem servir como facilitadoras ou como empecilho na consolidação do modelo assistencial proposto pela ESF.

Segundo o autor, as ações educativas para a adesão a estilos de vida mais saudáveis, por exemplo, podem vir acompanhadas de uma redução da complexidade da rede de significações dos usuários levando a uma total normatização da vida. Assim as condutas passam a ser classificadas como boas ou más e os usuários como dóceis ou indóceis em relação à adesão às prescrições, sem que haja uma contextualização das situações. Contudo, Nunes (2002, p. 164) considera que o trabalho dos ACS tem o efeito de eliminar as fronteiras do posto de saúde. Desta maneira, “as fronteiras se alargam, a lógica das interações se transforma” e o contato com a intimidade da família pode construir uma rede de relações permeadas de novos significados e sentimentos.

Em 1999 o Decreto 3,189 de 04 de outubro fixa diretrizes da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS). No decreto consta que cabe ao ACS desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde a través de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. É considerado atividade do ACS:

utilizar instrumentos para o diagnóstico demográfico e sócio-cultural; executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; registrar para fins de controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; promover ações que fortaleçam os elos entre a saúde e outras políticas públicas. (Brasil, 1999)

Lima e Moura (2005) consideram o ACS um trabalhador atípico em função dos regimes de contratação não formais e pela competência exigida de possuir um capital social e um atributo relacional para exercer sua ocupação. Os autores relatam que o trabalho dos agentes reflete a nova forma de im-

plementar políticas públicas descentralizadas pelo Estado que atende ao pré-requisito de estar sujeito ao controle social dos cidadãos. Desta forma, estes novos dispositivos de prevenção e atenção em saúde precisam também de uma mudança estrutural na forma de entender os processos de saúde e doença e das formas de intervenção associadas.

Cenário da pesquisa

Em 2007, havia 27324 equipes de saúde da família implantadas no Brasil, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde,³ distribuídas entre 5125 municípios, o que representava uma cobertura populacional de 46.6% da população (cerca de 87.7 milhões de pessoas). O número de Agentes Comunitários de Saúde era, até maio de 2008, de 220080. No mesmo período, o número de médicos aumentou de 328 para 27764 e o de enfermeiros, de 328 para 28712. O número de dentistas que forma parte das equipes de Saúde da Família é de 16740, o de técnicos de higiene dental é de 1327, de auxiliares de consultório dentário é de 16975 e de técnicos e auxiliares de enfermagem é de 29071.⁴

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em Natal no ano 1994, a partir de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde, mas só no ano 1998 acontece a efetiva adesão e implantação desta estratégia. O processo iniciou-se no Distrito Oeste, com quatro equipes implantadas nas áreas de maior risco epidemiológico dos bairros de Felipe Camarão, Cidade Nova e Guarapes, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Trinta e seis novas equipes foram implantadas no ano 2002 no Distrito Sanitário Norte, já com a incorporação de dentistas, auxiliares de consultório dentário e auxiliares de enfermagem.

No momento da pesquisa que originou este texto, existiam 93 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, compostas por um médico, um enfermeiro, um dentista, dois auxiliares de enfermagem, um

auxiliar de consultório dentário e cinco agentes de saúde, seguindo assim as orientações da Lei Complementar 062 de 06 de Outubro de 2005 (Natal, 2005). Somando as 20 equipes em funcionamento não cadastradas no Ministério da Saúde, pela ausência de algum profissional da equipe mínima existiam em Natal 113 equipes no total, o que corresponde a uma cobertura populacional de 49% (aproximadamente 110 mil famílias atendidas). Até 1997, existiam em Natal 1147 Agentes de Saúde, sendo 446 atuantes no controle de endemias e 701 nas equipes da Estratégia Saúde da Família. A Prefeitura de Natal conta com dois CAPS II, um CAPSi e dois CAPS AD, duas residências terapêuticas, um ambulatório para tratamento de tabagismo e outras drogas e um de Saúde Mental.

Em Porto Alegre, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) iniciou-se em 1996. A estrutura, na época da pesquisa, contava com 84 equipes de ESF, distribuídas em 79 unidades básicas de saúde (Porto Alegre/Secretaria Municipal de Saúde, 2008). Até julho de 2007, a ESF do município contava com 359 médicos, enfermeiros e técnicos e 372 agentes comunitários, que atendiam a 22% da população (aproximadamente 330 mil pessoas).

As ações em saúde mental na cidade de Porto Alegre estruturaram-se em torno de três eixos de direcionamento: a qualificação da Atenção Básica, a ampliação da Rede de Serviços Especializados e a promoção e Desenvolvimento da Intersetorialidade, assim como o fortalecimento geral da rede de atenção extra-hospitalar. A Prefeitura conta com quatro CAPS II, dois CAPSi (para infância e adolescência) e dois CAPS AD (dirigidos a usuários de álcool e outras drogas).

Caracterização das unidades pesquisadas

A Unidade de Saúde pesquisada na cidade de Natal foi criada em 1986. Em 2002 passou a fazer parte da Estratégia Saúde da Família. Atendia uma população de 14460 pessoas, a maioria de baixa renda. Nessa unidade atuam quatro equipes completas de

3 Recuperado de <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>

4 Fonte: Ministério da Saúde, SAS, DAB, Datasus, SCNES.

saúde da família, integradas por um médico, uma enfermeira, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, dois auxiliares de enfermagem e quatro ou cinco agentes comunitários de saúde (ACS). No total, há 40 profissionais na unidade. O território de abrangência da unidade está dividido em quatro áreas, cada uma sob a responsabilidade de uma das equipes. Cada área, por sua vez, esta dividida em micro-áreas, cada uma sob a responsabilidade de um ACS.

A UBS objeto da pesquisa em Porto Alegre foi inaugurada no ano de 2002. Atende uma população de 5700 pessoas, aproximadamente. A Unidade é composta por duas Equipes de Saúde da Família, ambas incompletas, que trabalham juntas e indistintamente, compostas por 2 médicos, 2 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde. Cada um dos agentes comunitários de saúde atende uma área em particular, com características sociais distintas.

Procedimentos metodológicos e constituição do corpus de análise

O processo de coleta de informação foi organizado em duas etapas e incluiu a totalidade dos profissionais das duas unidades, que manifestaram o seu interesse em participar da pesquisa e do momento de formação previsto. Esta possibilidade de compreender a todos os trabalhadores das duas instituições objeto da intervenção permitiu ampliar a informação e potencializar o momento de formação previsto.

Na primeira etapa da pesquisa foram feitas entrevistas baseadas em um roteiro semi-estruturado com os profissionais das duas unidades de saúde, versando sobre as condições de trabalho (estrutura dos serviços, equipes) e o cuidado em saúde mental. Em Natal foram realizadas 40 entrevistas e em Porto Alegre 14.

A partir dos dados das entrevistas foi possível traçar a rede enunciativa na qual se expressaram os diferentes significados que atravessam e constituem as práticas de trabalho nas instituições estudadas. Em Porto Alegre, e considerando que a informação surgida das entrevistas era menor que a de Natal, foram realizados também dois grupos focais com

a equipe: um com os agentes comunitários e outro com médicos, enfermeiras e técnicos em enfermagem, além do acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

A segunda etapa consistiu num momento de formação para as equipes da ESF, voltada para a articulação da Saúde Mental na Atenção Básica. Esta formação, articulada à proposta de Educação Permanente em Saúde, incluiu a discussão dos modos de trabalho como parte do processo de aprendizagem e de produção de conhecimento das equipes. Essa etapa foi orientada a partir das informações obtidas nas entrevistas e nas observações da rotina de trabalho das unidades, e ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2008, totalizando oito encontros em cada uma das unidades pesquisadas. Durante esses encontros participaram em média 10 pessoas na unidade de Porto Alegre e 40 na unidade de Natal.

O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, atendendo aos critérios dispostos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As gerências distritais dos municípios de Natal e Porto Alegre autorizaram a realização deste estudo junto às Unidades Básicas de Saúde escolhidas e os sujeitos participantes das equipes de Saúde da Família também foram informados quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Resultados e discussão

A análise das entrevistas realizadas em Natal e das entrevistas, grupos focais e observações de campo em Porto Alegre e a categorização posterior dos dados permitiram a análise das representações sobre loucura, saúde mental e formas de intervenção das equipes de ESF de cada unidade e sua incidência no trabalho individual e coletivo.

Apesar das equipes das duas unidades manterem representações rígidas e preconceituosas em relação à loucura, em geral associada à imprevisibilidade e periculosidade, e de existir uma forte tendência de apelar à simples administração de medicação psiquiátrica como forma de resolver as demandas em saúde mental, existem alguns dife-

rencias na forma de pensar alternativas institucionais a esta problemática.

Enquanto em Porto Alegre a equipe majoritariamente manifesta certa posição saudosista frente à atual limitação de internações nos antigos hospitais psiquiátricos, em Natal as preocupações do grupo eram muito mais relativas às carências da rede local e suas responsabilidades como equipes de Atenção Básica com os casos.

Pode-se compreender tais distinções à luz dos diferentes cenários locais de saúde. Em Porto Alegre, sucessivas mortes referidas foram consideradas como consequência do abandono a que todos estão submetidos, os usuários e os próprios trabalhadores. Esta vivência de abandono estava especialmente exacerbada em um momento em que a equipe vivia o luto da transferência de um trabalhador que era tido como o elo forte da equipe, aquele que ao mesmo tempo se ocupava dos usuários de saúde mental e cuidava da saúde mental dos cuidadores. Neste clima de angústia, culpa e medo, diante de uma equipe que não funcionava de modo contínuo e do desmantelamento de uma rede local de atenção à saúde, a figura do hospital psiquiátrico emerge como a “solução” definitiva: “o ruim era melhor que o nada de hoje”, chegavam a referir alguns trabalhadores. Ao mesmo tempo, em Natal, as equipes experimentaram, na etapa de capacitação, um espaço de compartilhamento que viabilizou avaliações para a equipe de pesquisa dizendo-se “muito mais próximos a serem meio psicólogos do que imaginavam antes daqueles debates promovidos pela pesquisa”.

Em Porto Alegre, podem ser destacados dois procedimentos em relação aos casos de saúde mental considerados pelos trabalhadores como mais graves: “segurar” o caso fora da Unidade, através dos ACSs ou procurar encaminhar a alguma instituição especializada, quando o caso chega até a Unidade. Os ACSs seguram os casos fora da Unidade instruindo os usuários a procurar os serviços de emergência ou, em suas palavras “dando a real”, informando que não existem atendimentos: “somos honestos, dizemos que não tem para onde encaminhar”. Dada a inexistência de uma rede de saúde mental capaz de atender a esta demanda, a maioria dos casos aguardam um longo tempo de

espera para o atendimento, sendo que muitas vezes acabam não sendo atendidos. Um dos ACSs explicou em um dos encontros da etapa de formação que informa aos usuários que a única maneira que eles têm para conseguir atendimento é “quebrar tudo em casa até que alguém chame a polícia”. Destaca-se aqui o apelo a uma suposta condição de perigoso que o sujeito precisa encenar para poder ter sua demanda de cuidado atendida. Para ser cuidado, o usuário é instruído a reproduzir a caricatura do senso comum em relação à loucura, em um de seus principais pressupostos, o da periculosidade. Esta associação de loucura com periculosidade também esteve presente nos momentos iniciais do processo de pesquisa nas equipes de Natal.

A Unidade de Porto Alegre é construída para atividades prioritariamente individuais, centradas em procedimentos curativos. Os atendimentos individuais são realizados em salas que não possuem isolamento acústico adequado. Muitas iniciativas também não eram levadas adiante, como no caso de uma das enfermeiras que quis começar um grupo de caminhadas e não obteve apoio de nenhum dos ACS. Entre os ACS cada um cuida de sua área, e são refratários a atividades grupais. Os ACS relataram, durante as entrevistas e durante o acompanhamento de suas atividades, diversas ações importantes de saúde mental. Assim, por exemplo, visitam sistematicamente pacientes acamados com humor deprimido e com sólidos vínculos afetivos ensaiam uma forma de cuidado que pode ser considerada uma função de Acompanhamento Terapêutico, acompanhando estas pessoas ao longo de vários anos. Escutam os seus dramas e procuram soluções. Não obstante, não reconhecem como legítimas essas práticas de cuidado, consideram as interlocuções que estabelecem com estes usuários, mero improviso, “paliativos”. Sentem que estão invadindo o campo de certas especialidades, “dando uma de psicólogos”.

Nas duas unidades, a saúde mental não é entendida em geral como eixo transversal aos cuidados primários em saúde na micropolítica do trabalho cotidiano, mas como uma lista de procedimentos relacionados a tecnologias de alta densidade. Mesmo que durante as entrevistas um médico de Porto Alegre tenha dito “todos os problemas físicos vêm

acompanhados de problemas psicológicos”, as ações de saúde mental são consideradas somente aquelas em que o trabalho recaia sobre o “problema psicológico”.

Um dos pontos tidos como problemático para as equipes das duas Unidades pesquisadas, Natal e Porto Alegre, foi a inexistência de um protocolo de atendimento para os casos, de modo que cada membro age individualmente e não existe nenhum tipo de planejamento das ações neste campo: Há também uma queixa de despreparo e de falta de suporte para a realização deste trabalho. Desse modo, na fala de um dos integrantes das equipes de Natal, “A equipe acaba sendo mais uma triadora do paciente e não se responsabiliza de verdade pela sua comunidade”.

As falas a esse respeito refletem a necessidade sentida por estes indivíduos de terem um especialista dentro da unidade de saúde para poder atender os casos de saúde mental, no caso de Natal, ou especialistas externos, de outras instituições, no caso de Porto Alegre. É possível ver nisto tanto a desvalorização de suas ações e das possibilidades terapêuticas de suas atribuições—considerando que apenas um conhecimento técnico especializado é capaz de responder ao sofrimento psíquico—quanto certa incompreensão da função da Atenção Básica em saúde, suas potencialidades, seu papel e até mesmo seus modos de trabalho. Nesse sentido vale o alerta de Sampaio e Barroso (2000), quando afirmam que:

não é necessário dispor de um especialista para que o conhecimento sobre SM seja introjetado na atenção primária. O cliente emerge de um grupo social, a moradia-família, produz suas condições de existência em um lugar social concreto, o bairro, o distrito, a cidade, e, antes de especializar sintomas e síndromes, experimenta tensões, perdas, infelicidades, fracassos e incapacidades, das mais difusas maneiras, somatopsíquicas, psicossomáticas e atuacionais contra-sociais. Diante da equipe local de saúde da família, o indivíduo e seus grupos apresentam-se primariamente, atores e cenários de processos embrionários de debilidades. (Sampaio & Barroso, 2000, p. 211)

Como exemplo da força deste imaginário do especialismo, destaca-se o relato de uma das ACSs de Porto Alegre no último encontro de formação: ela mencionou, em várias ocasiões, como o acompanhamento de uma visita domiciliar realizado por uma das entrevistadoras significou para ela uma intervenção significativa em saúde mental, consideração esta feita a partir da mera presença da pesquisadora. Estas falas ao mesmo tempo misturam-se com expressões preconceituosas sobre a loucura e a pobreza. Cabe ressaltar que a atuação das equipes da ESF se dá, muitas vezes, em situações onde estão postos os limites entre as patologias e os problemas da vida cotidiana, espaços muitas vezes entendidos como independentes um do outro, o que facilita essa suposta separação entre conhecimento especializado e senso comum. Em Natal, junto a uma demanda por profissionais especializados, foi percebida uma prevalência de atuações individualizadas e pontuais frente às demandas de saúde mental. Os profissionais desta capital apontaram a inexistência ou a fragilidade de uma proposta de atuação sistemática por equipes que funcionassem na lógica da referência territorial.

Amarante (2000) destaca estas características como resquícios do modo asilar de tratamento da doença mental, onde qualquer forma de intervenção que vai além do estritamente psiquiátrico, que tente incorporar outras formas de cuidado, é considerada como secundária tanto em termos teóricos como técnicos. Essas questões nos permitem interrogar a efetividade (ou não) de uma mudança de modelo de atenção proposta pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica, que tem na Atenção Básica a porta de entrada preferencial do sistema (Brasil, 2006). Uma integrante da equipe de Natal fez uma consideração a esse respeito: “Eu acho que ainda não houve a mudança do modelo assistencial. A coisa ainda está muito centrada dentro do consultório. Só consultar e passar receita, como se fosse o máximo, e a gente sabe que não é, hoje em dia a prioridade não é isso”.

A fala dessa profissional corrobora o que apontam Merhy e Franco (2003). Segundo esses autores a história da Reforma Sanitária tem mostrado a dificuldade de incorporação de novas tecnologias

na produção do cuidado, as tecnologias leves, que dizem respeito às relações, ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento. Em contraposição situam-se as tecnologias duras, relacionadas à lógica instrumental, ao conjunto de técnicas e procedimentos já estabelecidos.

Conclusões

Cabe afirmar aqui que, apesar das mudanças estruturais acontecidas nos últimos anos e da incorporação e hierarquização dos ACSs dentro das equipes de saúde, as formas de funcionamento das equipes ainda está muito vinculada ao modelo anterior, de caráter hospitalocêntrico e fortemente baseado na figura do médico e na administração da medicação como forma de resolver as demandas. Este modelo tinha como um dos seus suportes teóricos a associação entre loucura e peligrosidade e a necessidade da institucionalização do enfermo mental como forma de proteger a sociedade de essa suposta ameaça.

Desta forma, é necessário ainda investir numa política de saúde mental na atenção básica baseada na criação de vínculos efetivos entre usuário e cuidador – de modo que este deixe de ser um número ou um prontuário e passe a ser um sujeito com uma história singular. Estas políticas devem objetivar tirar do centro da produção do cuidado a figura do médico e todo o aparato técnico-científico que isso representa, colocando em seu lugar uma equipe multiprofissional habilitada a ofertar diversos serviços, superando os preconceitos em torno a loucura ainda existentes.

Tanto as políticas de Saúde Mental como as de Atenção Básica tratam dos problemas em um nível territorial, prezando os vínculos entre os sujeitos e seus territórios de vida e estimulando que os usuários deixem sua tradicional posição de pacientes e se tornem protagonistas de suas próprias histórias. As duas políticas preconizam o envolvimento das famílias, quando possível, colocando-as no papel de articuladoras e atuantes no cuidado, cultivando a idéia de co-responsabilização de todos os atores envolvidos, ou seja, famílias, as diversas equipes de saúde e os diversos níveis de atenção na produção do cuidado.

Em Natal, durante a etapa de formação, gradualmente as equipes foram incorporando a noção de co-responsabilização, fortalecendo o trabalho em equipe e estreitando as relações com o Centro de Atenção Psicossocial que é referência para sua área de abrangência. Em Porto Alegre é marcante o isolamento dos trabalhadores, a dificuldade de dividir a responsabilidade com a equipe e com outros serviços de saúde. Desse modo, as ações realizadas são tomadas como heroísmo ou boa vontade individuais, no caso dos êxitos, ou como uma culpa insuportável como foi observado quando surgiu o tema dos suicídios na comunidade, deixando evidente o quanto este tema angustiava a todos, notadamente os ACS das respectivas áreas, que se sentiam individualmente responsabilizados por tais ocorrências.

Mudanças nos modos de produzir o cuidado implicam, dentre outras coisas, uma transformação nas posturas dos técnicos que atuam no campo da saúde, na medida em que estes precisam aprender a aliar seus conhecimentos técnicos específicos, habilidades de escuta e entendimento das demandas que lhes são trazidas. É necessário prescindir das respostas prontas dispostas nos manuais e protocolos para partir em busca de soluções inovadoras e criativas que sejam adequadas às suas demandas de trabalho – fato que nos leva inevitavelmente a pensar os modos de trabalho que têm sido desenvolvidos no contexto da atenção básica. Já aos usuários, cabe igualmente uma mudança de lugar. É interessante que estes se portem como sujeitos que usam ativamente um sistema e que não permaneçam a mercê deste, esperando pacientemente.

Desta forma, será possível avançar no caminho de mudanças iniciado, evitando a ameaça sempre latente de retorno a modelos anteriores, aportando assim a processos de mudanças sociais mais amplas e estruturais.

Referências

- Abdalla, C. et al. (2006). Equipes de Saúde da Família e a Atenção em Saúde Mental: a construção de uma agenda. In J. Medeiros & J. Castro (Org.), *Sementes do SUS*. Porto Alegre: Pallotti.

- Amarante (Org.) (2000). *Ensaio: subjetividade, saúde mental*. Sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barros, R. (2003). Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In Conselho Federal de Psicologia. (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes* (pp. 196-206). São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Basaglia, F. (2005). O circuito do controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In P. Amarante (Org.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Boarini, M. & Quijo, I. (2007). A reforma psiquiátrica e as andorinhas. *Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense*, 19 (2), 369-380.
- Brasil (1999). *Decreto 31.89, del 4 de octubre de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências*. Brasília: Imprensa Nacional.
- Brasil (2004). *Saúde Mental no SUS. Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Imprensa Nacional.
- Brasil (2006). *Portaria N 648, do 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília: Imprensa Nacional.
- Campos G. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4, 393-404.
- Campos, G. & Domitti, A. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* (RJ), 23 (2), 399-407.
- Costa, J. (1989). *História da Psiquiatria no Brasil – um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon.
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicología, Ciencia y Profesión*, 24 (4), 112-117.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Goulart, F. (2002). *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* Tese (Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Kalil, M. (Org.) (1992). *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo: Hucitec/Cooperación Italiana en Salud.
- Lancetti, A. (2006). A amizade e o Acompanhamento Terapêutico. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia a Casa (Org.), *Textos, texturas e tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo: Hucitec.
- Lima, J. C. & Moura, M. C. (2005). Trabalho atípico e capital social: os agentes de saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, 20 (1), 103-133.
- Merhy, E. & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Saúde Debate*, 27 (65), 316-323.
- Natal (2005). *Lei Complementar 062 de 06 de Outubro de 2005. Dispõe sobre a reorganização do Programa Saúde da Família no Município do Natal e dá outras providências*.
- Nogueira R. (2000). *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis - o agente comunitário de saúde*. Texto para Discussão 735. IPEA Recuperado de <http://www.ipea.gov.br> Acessado: 09/2008.
- Nunes, M. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), 1639-1646.
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (10), 2375-2384.
- Oliveira, M. & Corvelho, L. (2006) Estudos epidemiológicos na área de saúde mental realizados no Brasil. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5 (1).
- Pasche, D. F. (2008). *Princípios do SUS e a humanização das práticas em saúde*. Trabalho apresentado no seminário A humanização do SUS em debate, Vitória.
- Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. (2008). *Programa Saúde da Família*. Recuperado em 08/2008 de <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>.

Romagnoli, R. (2006). Familias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. *Psicologia Estud.* (Maringá), 11 (2).

Sampaio, J. & Barroso, C. M. A. (2000). Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências do ceará. In A. Lancetti, (Org.), *Saudeloucura 7: Saúde mental e da família* (pp. 199-220). São Paulo: Hucitec.

Spink, M. (2007). *Psicologia social e saúde*. Petrópolis: Vozes.

Vecchia, M. (2006). *A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Botucatu.

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2011
Fecha de aceptación: 23 de mayo de 2012