

LA DIFÍCIL Y NECESARIA INTEGRACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN BÁSICA Y LA SALUD MENTAL EN BRASIL

The difficult and necessary integration between
Primary Care and Mental Health in Brazil

Magda Dimenstein*, Rosane Neves**,
Simone Paulon***, Henrique Nardi****

Universidade Federal de Rio Grande del Norte (Brasil)

Omar Alejandro Bravo*****

Universidad Icesi (Colombia)

Vanessa Almira Brito de Medeiros Galvão*****,

Ana Kalliny de Sousa Severo*****, Rafael Figueiró*****

Universidade Potiguar/UNP, Natal (Brasil)

* Psicóloga. Doctora en Salud Mental. Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Río Grande del Norte (Brasil). *magda@ufrnet.br*

** Psicóloga, Doctora en Educación. Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Río Grande del Norte (Brasil). *rosane.neves@ufrgs.br*

*** Psicóloga, Doctora en Psicología. Profesora del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Río Grande del Norte (Brasil). *simonepaulon@gmail.com*

**** Médico. Doctor en Sociología. Profesor del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Río Grande del Norte (Brasil). *henardi@terra.com.br*

***** Doctor en Psicología, Profesor Departamento Estudios Psicológicos, Universidad Icesi (Colombia). *omarlakd@gmail.com*

***** Psicóloga. Magister en Psicología. Profesora de la Universidade Potiguar/UNP (Brasil). *vanemedeiros@yahoo.com.br*

***** Psicóloga. Magister en Psicología. Profesora de la Universidade Potiguar/UNP (Brasil). *akssevero@gmail.com*

***** Psicólogo. Magister en Psicología. Profesor de la Universidade Potiguar/UNP (Brasil). *rafaelpsinfrn@hotmail.com*

Financiación: Programa de Apoyo a la Cooperación entre Cursos de Pos-Graduación Stricto Sensu (PAPG - Convocatoria "Casadinhos" FAPERGS/CAPES).

Correspondencia: UFRN, CCHLA, Depto. de Psicología, Campus Universitario, Lagoa Nova, Natal/RN. CEP: 59.078-970. Brasil.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar la integración de las Estrategias de Salud de la Familia, uno de los pilares de la atención básica brasileña, con las políticas de salud mental en dos unidades de salud, una localizada en la ciudad de Porto Alegre, la otra en la ciudad de Natal. Para este fin fueron realizadas entrevistas y grupos focales con los integrantes de ambos equipos de salud y, posteriormente, se implementó un proceso de formación, articulado a la propuesta de Educación Permanente en Salud. En el análisis de la información obtenida, pudo observarse que entre los integrantes de los equipos de salud de ambas unidades prevalecen dos estrategias terapéuticas frente a casos entendidos como de salud mental: la prescripción de medicación psiquiátrica y la derivación a especialistas. Las formas de funcionamiento burocratizadas de los equipos de salud dificultan la implementación de otro tipo de estrategias e intervenciones.

Palabras claves: Salud mental, atención básica, formación.

Abstract

The aim of this work was to analyze the integration of Family Health Strategies, one of the cornerstones of Brazil's basic healthcare system, with mental health policies in two healthcare units, one located in the city of Porto Alegre, and the other in Natal. In order to do this, both interviews and focus groups were conducted with members of the two healthcare teams and, subsequently, a formation process, articulated to the Permanent Health Education Proposal, was implemented.

In the analysis of the obtained data, it could be observed that among the members of the healthcare teams of both units two therapeutic strategies prevail, in face of cases considered as mental health type: the prescription of psychiatric medication and the referral to specialists. The bureaucratic procedures of the healthcare teams hinder the implementation of other kinds of strategies and interventions.

Key words: Mental health, primary care, training.

INTRODUCCIÓN

La Constitución Federal de Brasil de 1988 expresa, en su artículo 196, que la salud es un derecho de toda la población y un deber del Estado, a ser garantizado a través de políticas sociales y económicas que

apunten a la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños a la salud y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación (Brasil, 2008). Este concepto de salud no considera solamente las causas biológicas de las enfermedades sino también las causas sociales, como la falta de saneamiento básico o de escolarización, entre otros determinantes vinculados a las condiciones de vida y trabajo de la población, lo cual significa así un avance en relación al modelo de salud anterior.

El artículo 2º de la Ley Orgánica de la Salud / LOS (8080/90) destaca las características principales del nuevo paradigma en salud al afirmar que:

La salud tiene como factores determinantes y condicionantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte, el ocio y el acceso a bienes y servicios esenciales (Brasil, 1990).

Como resultado de este proceso de cambio político-institucional, Brasil adoptó como política nacional de salud el Sistema Único de Salud (SUS). La creación del SUS tuvo como propósito revertir la situación de desigualdad en la asistencia a la salud de la población, haciendo obligatoria la atención pública y gratuita a cualquier persona. La participación social de los usuarios, profesionales y gestores, y de los colectivos como las instituciones, órganos y comunidades apuntaron a la incorporación de esos actores sociales como participantes activos, que debían interferir política y técnicamente en la planificación y/o control de la salud pública. Las Conferencias y Consejos Municipales, Departamentales y Nacionales se constituyen así en el espacio privilegiado de debate y definición de esas políticas cuya dirección se organiza a través de Comisiones de Inter-gestores donde están representadas estas tres instancias de gobierno.

De esta manera,

[...] el control de los determinantes de la salud por la comunidad sería una vía necesaria en el alcance de la equidad, mientras que los individuos, sus familias y comunidades también son responsables por la promoción de salud, a través del autocuidado y el cuidado de los otros, siendo el empoderamiento de la comunidad (la posesión y el control de sus propios esfuerzos y destino) centrales en ese proceso. (Vecchia, 2006, p. 248)

El SUS se basa en algunos principios básicos, entre ellos el de la universalidad, ya que debe atender a toda la población sin distinciones de clase social, género o etnia; el de la equidad, dado que la oferta de recursos debe ser hecha de acuerdo con las necesidades de cada sujeto; y el de la integralidad, considerando que la salud debe ser tratada como un todo que incluya el individuo y la comunidad a la cual este pertenece. La descentralización intenta aproximar el control y la gestión del SUS a las realidades locales, facilitando así la participación de la población. De acuerdo con las directrices del SUS y con el fin de reorientar el modelo asistencial en salud, a través de la Resolución N° 648/06, fue creado el Programa Salud de la Familia/PSF¹. En este texto, el Programa de Salud de la Familia es definido como:

Un modelo de asistencia a la salud que apunta a desarrollar acciones de promoción y protección a la salud del individuo, de la familia y de la comunidad, la través de equipos de salud, responsables por la atención en la unidad local de salud y en la comunidad, en el nivel de atención primaria. (Brasil, 2006).

Los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria pueden ser distinguidos de acuerdo con los tipos de problemas de salud abordados, el local de prestación de atención, la duración de la responsabilidad y el uso de tecnología, ente otros (Starfield, 2002). Las Estrategias de Salud de la Familia/ESF son operacionalizadas mediante la implantación de equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud. Estos equipos son responsables por el seguimiento de un número definido de familias, localizadas en un área geográfica delimitada, a través de acciones de promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación de enfermedades y daños más frecuentes y el cuidado de la salud de esta comunidad. Los equipos son compuestos, como mínimo, por un médico de familia, un enfermero, un auxiliar de enfermería y aproximadamente seis agentes comunitarios de salud. Este equipo puede ser ampliado y también puede contar con un dentista, un auxiliar de consultorio dental y un técnico en higiene bucal.

¹ A partir de la Resolución N° 648 del Ministerio de la Salud de 2006, el Programa de Salud de la Familia se denomina Estrategia de Salud de la Familia (ESF).

Los agentes comunitarios de salud son trabajadores que viven en la propia comunidad donde ejercen sus actividades vinculadas a la ESF o al Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS). Esos dos programas (ESF y PACS) son los ejes estructurales de la atención básica en el SUS. Los agentes comunitarios trabajan tanto relacionados a una unidad básica de salud aún no organizada en la lógica de salud de la familia, como formando parte de un equipo básico de salud de la familia, como miembro de un equipo multiprofesional. Su número se establece de acuerdo con una proporción media de un agente para 575 personas acompañadas.

Conforme el Ministerio de Salud brasileño, desde 2002 fueron creados más de 7.500 nuevos equipos de ESFs en el país, totalizando 27,5 mil de ellos en acción, y se estima una cobertura total de 80 millones de personas. La cobertura poblacional en 2007 llegó a 46,2% de la población brasileña (Brasil, 2008). El objetivo de la ESF es la reorganización de la práctica asistencial en torno a nuevas bases y criterios en sustitución al modelo tradicional de asistencia, orientado para la cura de enfermedades en el hospital. La atención en este programa está centrada en la familia, entendida y percibida a partir de su ambiente físico y social, lo que viene posibilitando a los equipos de salud una comprensión ampliada del proceso salud/enfermedad y de la necesidad de intervenciones que van más allá de simples prácticas curativas.

La creación de este modelo de salud pública es algo reciente; los cambios engendrados por esta nueva comprensión de la salud son procesales y requieren, además de la formulación jurídica, cambios estructurales y simbólicos, junto a desarrollos educativos/formativos en las diversas instancias comprendidas en este proceso. Es pertinente destacar los riesgos de que este modelo contribuya a institucionalizar las desigualdades sociales al no ser acompañado por políticas públicas de inclusión social de carácter más estructural. Esta posibilidad es producto de una contradicción frecuente, vinculada a una acción dicotómica del Estado, donde “la mano izquierda”, representada por las áreas de salud y promoción social, intenta disminuir y contener los daños generados por “la mano derecha”, simbolizada principalmente por las políticas económicas (Bourdieu, 1998).

LA APARICIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN BRASIL

Los cambios acontecidos los últimos años en Brasil en el campo de la salud mental acompañan de alguna manera este proceso general de mudanzas en las políticas de salud pública. Este proceso común de transformaciones parte de una definición parecida de los procesos de salud y enfermedad y de formas similares de intervención. Los dos paradigmas se constituyen contra los modelos hospitalocéntricos y privilegian la prevención y la participación comunitaria como principios de intervención y afirmación de esas políticas.

La llamada psiquiatría reformada (Rotelli, 1990) sintetiza el amplio movimiento político-teórico que impulsó estos cambios en el campo de la salud mental. Aquí confluyeron los modelos de comunidades terapéuticas, la psiquiatría del sector y la antipsiquiatría, movimiento este último que, surgido en Italia, operó como la referencia más importante de estas nuevas políticas. Las características principales del nuevo paradigma en salud mental pasan por la constitución de un nuevo objeto de intervención (la salud mental); un nuevo objetivo (la prevención); nuevos sujetos de intervención (la colectividad) y una integración de los aspectos biológicos, psíquicos y sociales en la concepción de la personalidad, entre otros aspectos. Se coincide aquí en que la salud mental

[...] es básicamente un ámbito multidisciplinario destinado a prevenir, asistir y propender a la rehabilitación de los padecimientos mentales, y lo hace desde una comprensión y los lazos sociales deseables, implementando determinadas políticas dirigidas a la integración social y comunitaria de los individuos involucrados. (Galende, 1997, p. 108).

A partir de la I Conferencia Nacional de Salud Mental, realizada en 1987, surgen los primeros dispositivos de atención en salud mental basados en el modelo reformista, como el Centro de Atención Psicosocial (CAPS)² creado en la ciudad de São Paulo y el Núcleo de Atención Psicosocial de

² Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son instituciones destinadas a acoger los pacientes con trastornos mentales, estimular su integración social y familiar y apoyarlos en sus iniciativas de búsqueda de autonomía. (Brasil, 2002).

la ciudad de Santos. Estas políticas ganan más espacio con la realización de la II Conferencia Nacional de Salud Mental en 1992 y se consolidan institucionalmente con la aprobación de la Resolución 224/92, que oficializa la existencia de los CAPS (Brasil, 1992).

La afirmación de este nuevo paradigma en salud mental permitió la ampliación progresiva de la red de CAPS, ahora también direccionados, en algunos casos, para niños y adolescentes o usuarios de alcohol y otras drogas, ampliación ésta contemplada en la Resolución 336/02 (Brasil, 2002). El programa denominado “De vuelta para casa”, reglamentado por la Ley 10708/03 (Brasil, 2003), contribuyó a la des-institucionalización de los pacientes que aún se encontraban en instituciones de carácter manicomial a través de un apoyo económico y terapéutico que permite la inserción social de esa población y apunta a evitar nuevas internaciones.

No obstante, este nuevo modelo de prevención y tratamiento de las enfermedades mentales convive con prácticas vinculadas al paradigma anterior. Un estudio concerniente a la atención médica en un centro de salud en la ciudad de Ribeirão Preto (Oliveira, 1998) constató que la conducta más frecuente de los médicos en relación con el sufrimiento psíquico, sin importar el problema, era la prescripción de benzodiazepínicos. En este sentido, se alerta sobre el hecho de que, en los últimos años, la articulación entre los procesos de medicalización y psiquiatrización de lo social está siendo mediado por las neurociencias y por la psicofarmacología, lo que marca la vigencia de prácticas asociadas a un paradigma manicomial que conviven con el nuevo modelo defendido por el Ministerio de la Salud. El modelo nosográfico expreso en los manuales del tipo DSM permite aproximar la definición de determinadas patologías (caracterizadas como trastornos) a una medicación específica, excluyendo los factores sociales tanto en la explicación de los procesos de aparición de la enfermedad como en los mecanismos de prevención y atención de las mismas.

SALUD MENTAL - PROGRAMAS DE SALUD DE LA FAMILIA: UNA APROXIMACIÓN NECESARIA Y DIFÍCIL

A pesar de que la salud mental no consta entre las prioridades establecidas por la Resolución N° 648 (Brasil, 2006) que reglamenta el funcionamien-

to de las ESFs, la experiencia cotidiana de trabajo en este programa demuestra que tal aspecto no puede ser desvinculado de los demás problemas de salud con los cuales los equipos se deparan. Una investigación realizada por el Ministerio de Salud brasileño³ muestra que el 56% de la equipos de Salud de la Familia señalan haber realizado alguna acción de salud mental aunque los mismos no siempre estén capacitados para atender tal demanda. Por otro lado, por su proximidad con las familias y las comunidades, estos se constituyen en un recurso estratégico para el enfrentamiento de problemas vinculados al uso abusivo de alcohol, drogas y diversas formas de sufrimiento psíquico.

El trabajo cotidiano de los equipos de las ESFs presupone una capilaridad territorial que los coloca en contacto directo con la comunidad y sus problemas, lo que le permite constituirse en una importante estrategia de expansión de las acciones preconizadas por el proceso de reforma psiquiátrica y por los principios de la declaración de Caracas (Brasil, 2007). Esta declaración refuerza la idea de la reestructuración de la atención psiquiátrica vinculada a la Atención Primaria en Salud (APS), lo cual permite la promoción de modelos substitutivos concentrados en la comunidad e integrados con sus redes sociales, y priorizando la permanencia del portador de sufrimiento psíquico en su medio social.

Por estos motivos, existen varias iniciativas tendientes a incorporar acciones de salud mental en las ESFs. El informe final que surgió del Taller de Trabajo para discusión del Plan Nacional de Salud Mental en la Atención Básica (Brasil, 2007) incluye algunas iniciativas en ese sentido, como la actuación y sensibilización para la escucha y comprensión de las dinámicas familiares y de las relaciones sociales vinculadas por parte de los equipos de las ESFs; la aproximación entre las acciones dirigidas para diabetes, salud de la mujer, el niño y el adolescente, entre otras poblaciones, y la salud mental; el seguimiento de egresados de las instituciones psiquiátricas y la construcción de espacios de rehabilitación psicosocial, entre otras recomendaciones. Acciones específicas dirigidas

³ Relevamiento del Departamento de Atención Básica presentado en Seminario Internacional sobre Salud Mental en la Atención Primaria - Opas/MS/Universidad de Harvard/UFRJ, abril de 2002.

a usuarios de alcohol y otras drogas, entre ellas, las conocidas como de reducción de daños, son también destacadas.

Una de las formas encontradas por el Ministerio de Salud para estimular esa aproximación es la estrategia denominada de apoyo matricial. En esa propuesta, la salud mental se constituye en un soporte en el que los recursos y acciones propios a su campo de conocimiento son compartidos con los equipos de atención básica, apuntando a ampliar las condiciones de cuidado y la co-responsabilidad en el tratamiento de las situaciones. El matriciamiento, según esta lógica, tiene por objetivo generar cambios y potencializar actos terapéuticos de ambos equipos, engendrando nuevas posibilidades para el campo de la salud pública.

OBJETO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En función de esta situación, fue realizada una investigación en los años 2007 y 2008, financiada por el Programa de Apoyo a la Cooperación entre Cursos de Pos-Graduación *Stricto Sensu* (PAPG - Convocatoria “Casadinhos” FAPERGS/CAPEs) involucrando investigadores vinculados, respectivamente, al Programa de Pos-Graduación en Psicología de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte y al Programa de Pos-Graduación en Psicología Social e Institucional de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. El objetivo era analizar la integración de las ESFs con las políticas de salud mental locales, ya que tal integración es considerada uno de los principales desafíos de las prácticas de salud institucionalizadas en el campo de la atención básica. Fueron seleccionadas dos Unidades de Salud, una localizada en la ciudad de Porto Alegre, la otra en la ciudad de Natal, cuyos equipos no habían recibido ninguna formación específica en salud mental.

La perspectiva teórico-metodológica del Análisis Institucional (Lourau, 1973; Barembliit, 1998) orientó este trabajo de investigación, que se estructuró en torno a la producción de la demanda de equipos de salud de la familia en relación al tema de salud mental y de la oferta de una etapa de formación permanente dirigida a ese tema, caracterizando un proceso de investigación-intervención que ocurrió en dos etapas. La primera etapa consistió en la realización de entrevistas con todos los

profesionales de las dos unidades de salud, para dialogar sobre las condiciones de trabajo (estructura de los servicios y de los equipos) y el cuidado en salud mental. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas para poder extraer la información más significativa para los objetivos de la investigación. En la ciudad de Natal fueron realizadas 40 entrevistas, ya que la unidad de salud seleccionada contaba con cuatro equipos de salud de la familia, mientras que en Porto Alegre fueron realizadas 14 entrevistas, por tratarse de una unidad que contaba con apenas dos equipos de Salud de la Familia.

La segunda etapa estuvo dirigida a la formación a los equipos del programa de Estrategias de Salud de la Familia, centrada en el tema de la salud mental en la atención básica. Este proceso de formación, articulado a la propuesta de Educación Permanente en Salud, incluyó la discusión de los modos de trabajo como parte del proceso de aprendizaje y de producción de conocimiento de los equipos. Esta etapa fue orientada a partir de las informaciones obtenidas en las entrevistas y en las observaciones de la rutina de trabajo de los equipos, y se desarrolló entre los meses de julio y octubre de 2008, totalizando ocho encuentros en cada una de las unidades investigadas.

A continuación se analizan los resultados de esta intervención en las dos unidades de salud mencionadas.

RESULTADOS

Entre los integrantes de los equipos de salud de ambas unidades prevalecen dos estrategias terapéuticas frente a casos entendidos como de salud mental: la prescripción de medicación psiquiátrica y la derivación a especialistas. El recurso de la administración excesiva y continuada de medicación psiquiátrica como principal recurso terapéutico generaba un cierto malestar en algunos de los entrevistados, principalmente entre los integrantes de los equipos de salud de Natal. No obstante, estas formas de intervención continuaban aplicándose, vinculadas también con los criterios de identificación de casos que cada unidad realiza y sus formas de funcionamiento grupal.

Con relación a esto, la asociación entre condiciones sociales de vida y una supuesta peligrosidad del usuario de los servicios se encontraba presente en la mayoría de los entrevistados. La falta de recursos personales e institucionales para lidiar con este tipo de representación hace que las soluciones planteadas (medicación y/o derivación a especialista) aparezcan como soluciones adecuadas.

La forma fragmentada en que los equipos de trabajo funcionan contribuye a impedir que otro tipo de respuestas terapéuticas se produzca. Esto refuerza el imaginario del especialismo, en el cual la figura del médico ocupa un rol preponderante. Esto se da en mayor medida entre los integrantes de los equipos de salud de Porto Alegre. Allí, algunas menciones esporádicas a esa cuestión, hechas en las entrevistas, tomaron forma de reflexión colectiva en los grupos focales realizados, cuando los integrantes de los equipos de salud percibieron cómo se reproducía un modo fragmentado y burocrático de trabajo en sus prácticas de cuidado: “cada uno trabajando por su lado”, no haciendo nada más allá de la “tareíta individual de cada uno”. La fragmentación del cuidado compromete la integralidad en la atención en salud y hace imposible la tarea de articular los recursos comunitarios como la red asistencial. Así, el rol de los agentes comunitarios de salud se ve, con frecuencia, reducido a la mera función de encaminamiento de los usuarios a los servicios de salud y de control del uso de la medicación indicada, restándole la autonomía y capacidad para desarrollar estrategias de prevención.

En Natal, algunas experiencias relatadas contrarían esa lógica de trabajo burocratizada y se inscriben en los supuestos de trabajo de la atención primaria en salud. Cabe destacar la conformación de un grupo de baile entre personas de la tercera edad, usuarias de los servicios por diferentes motivos. Esta iniciativa, ideada y desarrollada por los agentes comunitarios, apuntó a dar soporte social y grupal a estas personas, habilitando un espacio de recreación e integración. Algunas intervenciones relatadas en Porto Alegre, a pesar de mostrarse creativas y útiles, se ejecutaban de forma individual y sujetas a la disposición e imaginación de cada agente, sin inscribirse en una política concreta de los equipos de salud.

La red formal de recursos institucionales disponible en cada ciudad se mostró bastante pobre, sobre todo en el caso de Porto Alegre. Otro tipo

de redes de carácter informal, posibles de ser articuladas a otras formas de intervención en salud, no eran visualizadas como pertinentes a su tarea por la mayoría de los entrevistados, probablemente en función de la separación estricta y rígida de roles de cada uno de los integrantes de los equipos ya comentada, lo que restaba posibilidades de ejecutar estrategias más creativas y osadas de trabajo.

La demanda por una ampliación de espacios de trabajo, principalmente para reuniones o descanso, fue destacada por varios profesionales de los equipos de salud de Natal. Contra esta exigencia, uno de los médicos entrevistados consideró que esta demanda solo se coloca como problema en el momento en que los equipos de salud no han desempeñado su trabajo de acuerdo con los principios de la Estrategia de Salud de la Familia, lo que provoca la aparición del tiempo “ocioso” para los profesionales. Según de este profesional: “Si hubiese um equipo más integrado, que funcionase como debería ser el programa, si la parte educativa funcionase, tal vez no habría tiempo ocioso y no se sintiese eso” (médico).

El problema del tiempo ocioso no aparece entre los entrevistados de la unidad de Porto Alegre. Esa cuestión puede ser vinculada a la forma de activar del equipo, en el cual el trabajo grupal y la propia noción de grupo aparece como debilitada y fragmentada. La forma de administración de la salud municipal portoalegrense, tercerizada y guiada por criterios economicistas, contribuye a burocratizar el funcionamiento grupal y limita la posibilidad de discutir los modos de trabajo y la función de cada uno de los agentes institucionales. Esta modalidad de funcionamiento del grupo se expresa en las reuniones de los equipos de salud, en las cuales no hay discusión de casos ni de nuevas estrategias de trabajo, limitándose a la presentación de informes y otras cuestiones burocráticas. Por otra parte, en las varias visitas realizadas a la unidad de salud fue posible visualizar que el número de usuarios en espera de atención era siempre reducido, lo que permite especular sobre la forma en que esa modalidad de trabajo impacta en la demanda del público.

Como en otras experiencias relatadas (Oliveira, 1998; Birman, 1999; Ignácio & Nardi, 2007), en las unidades investigadas existía un pre-

dominio de la medicalización del sufrimiento. La salud mental en la atención básica fue pensada exactamente para romper con esa lógica de atención estrictamente medicalizante, y considerar a la comunidad y al individuo en su contexto social. No obstante, las políticas de salud mental fueron tradicionalmente disociadas del contexto de vida de las personas, de modo que el tratamiento suele partir de una lógica hospitalocéntrica y medicalizante, excluyendo o minimizando las posibilidades de intervención territoriales como terapéuticas y valorizando el tecnicismo como única respuesta legítima a los problemas en salud mental. En función de esta realidad, muchos profesionales presentan dificultades para articular estrategias de atención en la atención básica, y afirman sentirse poco preparados, lo cual hace que la derivación a otros servicios se constituya en una estrategia repetida de trabajo.

El apoyo matricial posibilitaría que esa lógica de derivación fuese modificada, para que exista una co-responsabilidad sobre los casos de salud mental; los técnicos de la atención básica y los servicios substitutivos compartirían la responsabilidad y las informaciones en torno a esos casos. En Porto Alegre los equipos de salud aguardan, con cierta esperanza, la implantación de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia y comienzan a tener encuentros quincenales de consultoría con un equipo especializado en dependencia química.

Segun Merhy (2002), la producción de actos de salud es el terreno del trabajo vivo donde predominan las tecnologías leves (relacionales) en detrimento de saberes y equipamientos estructurados (tecnologías duras). Por este motivo, permanecen altos grados de imprevisibilidad en las prácticas de cuidado. El trabajo en salud es un punto estratégico para la ruptura de la lógica dominante, para la deconstrucción en la micropolítica procesal del cotidiano de la reproducción de modos opresores de cuidar y organizar el trabajo.

Históricamente, la formación del modelo asistencial estuvo pautada en las tecnologías duras y leves-duras. “Ese modelo produjo una organización del trabajo con el flujo dirigido a la consulta médica, en el cual el saber médico estructura el trabajo de otros profesionales, quedando la producción del cuidado dependiente de tecnologías duras y leves-duras”

(Merhy & Franco, 2003, p. 318). La política nacional de Atención Básica propone que las acciones en los servicios de atención primaria (Unidades Básicas y/o de Salud de la Familia) deben ser desarrolladas:

Por medio de prácticas gerenciales y sanitarias democráticas y participativas, bajo la forma de trabajo en equipo, dirigidas a poblaciones de territorios bien delimitados, por las cuales asume la responsabilidad sanitaria, considerando la dinámica existente en el territorio en el que viven esas poblaciones (Brasil, 2006, p. 10).

La conclusión de Merhy y Franco (2003) es que los cambios en el modelo de atención se dieron en el nivel molar, macro, de las instituciones, pero que aún carecen de una mayor efectividad en el nivel micro, de las relaciones y del hacer cotidiano. Es necesario pensar en medios que potencialicen las acciones en el nivel micro de modo que se opere efectivamente una mudanza en los modelos de atención, más allá de las leyes y decretos que establecen eso como propósito.

En la unidad de salud de Natal se percibió que a partir de la dificultad inicial de reconocer su responsabilidad frente a las demandas de salud mental, los profesionales desarrollaron una mejor comprensión acerca de su papel y se colocaron en un lugar de posibilidades de construcción/ invención de nuevas formas de saber/hacer frente al sufrimiento psíquico. El grupo también consiguió mostrar otras alternativas que evidenciaban la necesidad de creación permanente de estrategias de cuidado en la Atención Básica, tales como los grupos de caminata, la realización de fiestas y la articulación con otras instancias tanto formales como informales. Entre los integrantes del equipo de la unidad de Porto Alegre esas posibilidades de intervención fueron poco mencionadas, y encontraron algunas resistencias, principalmente entre los agentes comunitarios de salud.

En los procesos de trabajo en salud aún se conserva una división del trabajo basada en la descomposición de tareas que se integran a través de la jerarquización de las profesiones –lo que cabe a cada uno en el nivel jerárquico que ocupa. Esa jerarquía entre las profesiones –normalmente con la supremacía del saber médico– expresa una serie de tensiones,

conflictos, negociaciones, que afectan tanto a los trabajadores como a los usuarios (Deslandes, 2002) y que se mostraron en los resultados de esta investigación.

CONCLUSIONES

Esta investigación permitió una reflexión sobre las estrategias de cuidado en salud mental en la Atención Básica, lo cual evidencia apenas un incremento de este tipo de demanda por parte de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, y también la importancia de un proceso de formación permanente dirigido a estos profesionales, sobre todo de los Agentes Comunitarios de Salud. Fue posible realizar un diagnóstico de las cuestiones de salud mental que aparecen en el cotidiano de trabajo de los equipos de la ESF, más allá del relevamiento de las estrategias utilizadas para atender tal demanda, lo que permitió evaluar de qué modo los objetivos de la integralidad del cuidado previstos en las legislaciones nacional y local están siendo implementados en cada uno de los contextos investigados. Con base en esto, identificamos formas de funcionamiento de los equipos que, en ocasiones, obstaculizan y dificultan acciones específicas vinculadas a la salud mental y al propio trabajo realizado colectivamente, y en otras muestran estrategias innovadoras con relación a las prácticas de cuidado en el campo de la salud mental.

En los primeros encuentros, las dificultades y quejas eran dirigidas a la gestión, a la falta de una red estructurada y de especialistas en los servicios. Frente a esas expresiones, se buscó que los equipos de salud reflexionasen sobre los recursos disponibles en cada uno de los contextos investigados, a pesar de las dificultades estructurales existentes, con el fin de estimular así un proceso de auto-análisis y viabilizar el debate de estrategias auto-organizativas en los grupos. Más allá de esto, hubo una aproximación a un tema tabú para la mayoría de los trabajadores en torno a la cuestión de la salud mental en la Atención Básica, buscando romper con la lógica de los especialismos. Una visión estereotipada de la enfermedad mental evidenciaba, por un lado, el temor de aproximarse de estos casos en función de una supuesta peligrosidad de los mismos y, por el otro, reforzaban la estrategia medicalizante como única alternativa para su abordaje.

Como se pudo constatar a lo largo de la investigación, el deseo de un conocimiento mínimo acerca del tema trabajado y las posibilidades de invención e innovación de prácticas de cuidado en salud mental se ven extremadamente debilitadas frente a esta lógica instituida. No obstante, fue posible identificar y proponer otras formas de actuación frente a las demandas específicas en el contexto de cada unidad, a pesar de las resistencias encontradas para su implementación efectiva. Las principales cuestiones identificadas en la primera etapa de la investigación fueron:

1. Mistificación de la locura.
2. Necesidad de repensar la práctica de la renovación de recetas.
3. Importancia de la realización del trabajo en equipo.
4. Necesidad de conocer a los pacientes con trastorno mental dentro del área de actuación, más allá de valorizar y reconocer el trabajo que es realizado dentro de la unidad en la promoción de la salud mental en el área.
5. Conocer las actividades presentes en la comunidad, hasta entonces poco conocidas y valorizadas, como fuentes de apoyo y soporte social.
6. Fomentar la discusión de los casos considerados complicados y establecer estrategias de acción junto a los servicios substitutivos.

A pesar de las nuevas directrices para atención en salud mental, aún existe una fuerte presencia de la cultura medicalizante y del preconceito frente a la figura del loco, debido a que la locura es asociada a agresividad, conductas bizarras, etc. A partir de estas constataciones, importantes a la hora de elaborar la capacitación, se discutió la aproximación de la cuestión de la locura al cotidiano de los equipos, lo cual permitió el cuestionamiento de la norma establecida socio-culturalmente.

En este sentido, se percibió la urgente necesidad de transformación de las *posturas* de los técnicos que actúan en el campo de la salud, en la medida en que precisan articular su conocimiento técnico específico con la capacidad de escucha de las demandas en salud mental que reciben,

con el fin de que cambien las estrategias terapéuticas predominantes, como la prescripción de medicación/renovación de recetas y derivación a especialistas.

Esta situación está relacionada con el hecho de que los procesos de trabajo en salud se caracterizan por una división de trabajo basada principalmente en la separación de tareas que se integran por medio de la jerarquización de las profesiones —lo que cabe a cada uno en el nivel jerárquico que ocupa. Esa jerarquía entre las profesiones, generalmente con la supremacía del saber médico— abarca una serie de tensiones, conflictos y negociaciones, que afectan tanto a los trabajadores como a los usuarios.

Esta investigación permitió identificar y fortalecer acciones que rompían, aunque tímidamente, con la lógica asistencial tradicional y el trabajo fragmentado, centrado en el saber médico, la renovación de recetas y prescripción de medicación, acciones estas que ya estaban en curso pero que no eran reconocidas como tales. De esta manera, fue posible percibir cómo la red de atención disponible o perceptible por las personas se amplía drásticamente, agenciando recursos diversos y potentes que pueden significar mayores posibilidades de actuación y resolución de los casos que se presenten, poniendo en funcionamiento una articulación de dispositivos.

Las distintas realidades políticas, institucionales y organizacionales de cada municipio y de las respectivas unidades seleccionadas permitieron mostrar el impacto diferenciado de la intervención en estas dos experiencias. La etapa de formación en la unidad de Natal tuvo una mayor receptividad e involucramiento de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, lo que produjo una profundización de las cuestiones surgidas en la etapa inicial. En Porto Alegre, las dificultades de carácter político-administrativas, principalmente relacionadas a la forma de vínculo contractual de los trabajadores de las ESFs, marcaron el curso de la investigación y se reflejaron en un menor compromiso del equipo con relación a las intervenciones propuestas.

Sabemos que la inclusión de las cuestiones de salud mental en la política de implantación del Programa de Salud de la Familia, mediando

la relación con los CAPSs, se muestra como una forma de inhibir la fragmentación del cuidado. Experiencias relatadas dan cuenta de que la aproximación entre CAPSs y ESFs puede revertir el alto índice de busca de los puestos por dependencia a los benzodiazepínicos, sustituyéndolos por vínculos afectivo-comprensivos (Dimenstein, 2004).

Sin embargo, uno de los riesgos que se debe afrontar es que la distancia institucional y política que existe entre los programas de Salud en la Familia y de Salud Mental, que aún priorizan cada uno un supuesto recorte del cuidado en salud, podría estar reforzando la dicotomía cuerpo/mente, ya que las unidades de atención básica se transformarían en unidades de atención “al cuerpo” y los servicios especializados como los CAPS en unidades de atención “a la mente”. Se reitera así en la práctica una distancia entre ambos espacios de intervención que en el aspecto teórico pasó por una aproximación progresiva, tanto en la explicación de la génesis de los procesos de enfermedad y cura como de las formas de intervención asociadas. Este es un problema de vieja data y profundas raíces en el campo de la salud, en buena medida vinculado a una formación profesional basada en el especialismo, en el que el ser humano es entendido desde niveles de fragmentación y explicación irreductibles en el cual cada uno de los supuestos especialistas se ocupa de componer las piezas que constituyen el conjunto (Saforcada, 2006).

Cabe pensar entonces sobre la posibilidad de ahondar esa aproximación entre el campo de la salud mental y el de la salud pública, representados por las políticas antimanicomiales y el modelo de atención primaria respectivamente, que permitan superar esta serie de dificultades. Una posibilidad sería integrar a profesionales de la salud mental a las propias unidades de salud, en una perspectiva interdisciplinaria que supone también la necesidad de colocar en cuestión algunos aspectos de la propia formación profesional de los implicados.

Los nuevos desafíos que la salud mental en particular enfrenta, como el aumento progresivo en el consumo de drogas más pesadas y agresivas (los sub-derivados de la cocaína o las drogas de fabricación sintética, por ejemplo) y las presiones que los sectores más conservadores de la salud ejercen sobre esta situación en la tentativa de volver al modelo anterior

de carácter hospitalocéntrico y manicomial, requieren profundizar los procesos que apuntan consolidar una política de salud más efectiva y democrática.

Esta disputa se extiende también al espacio más amplio de la sociedad, donde es necesario construir una hegemonía que permita otorgar el consenso necesario a estos procesos y profundizar y llevar las reformas a un marco más amplio que exceda el de las instituciones específicas, entendiendo que las prácticas de reclusión, marginalización y exclusión de la locura tienen que ver también con una sociedad manicomial, fuertemente impregnada de nociones categóricas sobre lo que debe ser considerado como normal y anormal (González Rey, 2003).

Referencias

- Baremlitt, G. (1998) *Introdução a esquizoanálise*. Belo Horizonte: Cultura.
- Birman, J. (1999). *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34.
- Bourdieu, P. (1998). *Contrafogos. Táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Brasil. Ley 8080 del 19 de septiembre de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Imprensa Nacional.
- Brasil. Portaria 224/92, del 14 de abril de 1992. *Estabelece diretrizes e normas para o funcionamento dos serviços em saúde mental*. Brasília: Imprensa Nacional.
- Brasil. Portaria n 336/GM, del 19 de febrero de 2002. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Imprensa Nacional.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Levantamento sobre a saúde mental na atenção básica*. Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Salud Mental en la Atención Básica, setiembre, Harvard.
- Brasil Lei no 10.708, del 31 de julho de 2003. *Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações*. Brasília: Imprensa Nacional.
- Brasil. Portaria N 648, del 28 de marzo 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.

- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica. *O vínculo e o diálogo necessários*. Hallado en <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acceso el 20 de Mayo de 2007.
- Brasil. Ministerio da Saúde *Documento que marca las reformas en la atención a la salud mental en América*. Hallado en http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm. Acceso el 24 de octubre de 2007).
- Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção básica e Saúde da Família*. Hallado en www.saude.gov.br. Acceso el 14 mayo de 2008.
- Brasil. *Constituição Federal*, Artigo 196, del 5 de octubre de 1988. Hallado en <http://www.planalto.gov.br> Acceso el 22 junio de 2008.
- Deslandes, S. F. (2002). *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia, Ciencia y Profesion*, 24 (4): 112-117.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- González Rey, F. (2003). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Ignácio, V. & Nardi, H. (2007, set-dez). A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia e Sociedade*, 19, (3), 88-95.
- Lourau, R. (1973). *Análisis institucional y psicoanálisis*. México: Nueva Imagen
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. 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.
- Oliveira G. (1998). *A atenção dos médicos em centros de saúde e a prevalência das desordens mentais*. Disertación de maestría. Facultad de Medicina de Ribeirão Negro, Universidad de São Paulo. São Paulo.
- Rotelli, F. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Saforcada, E. (2006) Políticas de salud mental o lo mental en políticas de salud. En: Martín de Lellis (Comp.), *Psicología y políticas públicas en salud* (PP. 95-124) Buenos Aires: Paidós.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO.
- Vecchia, M. (2006). *A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe*. Disertación de Mastría en Salud Colectiva. Facultad de Medicina de Botucatu, Universidad Estadual Paulista. Botucatu.