

A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental

The inclusion of actions in mental health care in the primary health care: enhancing possibilities in the field of mental health

La inclusión de acciones de cuidado en salud mental en la atención primaria: ampliando posibilidades en el campo de la salud mental

Ândrea Cardoso Souza¹
Francisco Javier Uribe Rivera²

RESUMO

Tomando como encargo a proposição da Política Nacional de Saúde Mental de consolidar o cuidado psiquiátrico na esfera da Atenção Básica, e considerando que as práticas de saúde mental estão cada vez mais focadas no eixo territorial é que nos propusemos e escrever este ensaio. Objetivo deste é discutir a implementação da política de saúde mental no âmbito da atenção básica de saúde. Para tanto, foi realizada uma pesquisa

1. Mestre em Saúde Pública; professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.

E-mail: andriacz@ig.com.br

2. Doutor em Saúde Pública; pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: uribe@ensp.fiocruz.br

bibliográfica. Evidenciamos que a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica tem proporcionado a ampliação do campo da Atenção Psicossocial, assim como o desenvolvimento de tecnologias de cuidado guiadas pela noção de responsabilização, vínculo, de comprometimento com a produção de uma atenção em saúde mental, que buscam, através do seu cotidiano, a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Serviços comunitários de saúde mental.

ABSTRACT

This study it consists of a bibliographical research based on a qualitative approach. This assay took into consideration the commitment of one of the proposals approved by the III National Conference of Mental Health, to consolidate the mental health care in the sphere of the Primary Care, and also considering

that mental health practices are focusing a on territorial basis. The inclusion of the actions of mental health in the Primary Care has widened the field of Psycho-social Care, and has promoted the development of technologies of care guided by the notion of responsibility (accountability), promotion of interpersonal bonds and commitment with the mental health care. All of them, through daily work, look for the objective of integral care.

Keywords: Mental health. Primary health care. Community mental health.

RESUMEN

Este estudio consiste en una investigación bibliográfica con base en un enfoque cualitativo. Al escribir este ensayo, se tomó compromiso una de las decisiones de la III Conferencia Nacional de Salud Mental, que consistió en consolidar el cuidado en salud mental en la esfera de la atención primaria, considerando también que las prácticas de salud mental son cada vez que más dirigidas al ámbito territorial. La inclusión de las acciones de la salud mental en la atención primaria ha proporcionado la oportunidad de ampliar el campo de la atención Psicosocial, así como el desarrollo de tecnologías de cuidado orientadas por una perspectiva de responsabilidad, creación de lazos interpersonales o vínculos, y del compromiso con la atención en salud mental, que buscan, en su trabajo cotidiano, alcanzar el cuidado integral.

Palabras clave: Salud mental. Atención primaria de salud. Servicios comunitarios de salud mental.

INTRODUÇÃO

Tendo se originado no âmbito da Reforma Sanitária e se afirmado como um movimento de caráter democrático e social, a Reforma Psiquiátrica brasileira intenta buscar melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. O movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica partem de princípios e diretrizes semelhantes e vislumbram a construção de formas mais humanas e acolhedoras de se pensar e promover a saúde, sugerindo uma ampliação na concepção do processo saúde-doença, o que implica a elaboração de novos modos de atenção que contemplem essa perspectiva.

Sua principal reivindicação, à época de sua criação, fundamentava-se no reconhecimento do caráter excludente e segregador das políticas e práticas adotadas nesse campo. Tencionava então, resgatar a história, tornar possível a vida das pessoas confinadas no interior dos hospitais psiquiátricos, além de apontar para a elaboração de modos mais humanizados e dignos de cuidado. Como movimento social, ampliou a pauta de discussões e reivindicações, propondo a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto pelas práticas assistenciais quanto pela soberania do saber médico sobre a loucura (YASUI, 2006). O movimento da Reforma Psiquiátrica incluiu na agenda social temas primordiais ao debate, tais como cidadania e exclusão social, não se restringindo apenas ao setor saúde, mas procurando abranger e implicar outros segmentos sociais no intuito de desenvolver estratégias que pudessem permitir a ampliação

de suas fronteiras de atuação para além dos bem demarcados limites dos hospitais psiquiátricos e domeio acadêmico.

Atualmente, estamos diante de um amplo processo de transformação no campo da saúde mental. A assistência psiquiátrica, antes pautada na exclusão, na segregação e na adoção de práticas equivocadas em nome de uma melhor atenção, passa a adotar em seu cotidiano um estatuto ético, consolidado por meio da participação de diferentes atores sociais. A partir desse momento ocorre o questionamento do modelo instituído, das práticas vigentes – enfim, coloca-se a instituição psiquiátrica em questão. Procura-se, então, desenvolver práticas pautadas na responsabilização, na territorialidade e na inserção nas redes sociais.

Portanto, mais que substituir os hospitais psiquiátricos, é preciso substituir a lógica manicomial. De acordo com Freire (2004), a Reforma Sanitária não pode ser confundida com a criação do SUS, assim como a Reforma Psiquiátrica não deve ser resumida à criação de serviços considerados substitutivos. O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro inclui, entre outros pontos, a crítica ao modelo hospitalocêntrico, a participação da comunidade, a revisão da legislação psiquiátrica, a criação e diversificação de práticas e a ampliação de serviços de base territorial.

Esse movimento consiste em uma luta contra a segregação, a violência, a discriminação e a exclusão, apontando para uma radical transformação social. Poderíamos considerá-lo como uma reforma técnico-administrativa, mas, sobretudo, como uma

reforma existencial, uma outra forma de olhar, escutar e cuidar da loucura (AMARANTE, 2003). A Reforma Psiquiátrica é considerada como um processo que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Portanto, consiste, então, em rupturas do saber psiquiátrico em relação ao se lidar com a loucura, do rompimento com conceitos e com o aparato que se montou em torno da loucura (AMARANTE; GIOVANELLA, 1998).

A Reforma Psiquiátrica objetiva não só o fim dos manicômios, mas também a transformação da sociedade. Não pode ser compreendida apenas como um questionamento de conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas sim como a construção de novos paradigmas (YASUI, 2006). A afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas como as principais diretrizes para o processo de Reforma Psiquiátrica e para a execução da Política Nacional de Saúde Mental, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural (AMARANTE, 1997).

A Reforma Psiquiátrica brasileira encontrou na implantação do SUS as condições institucionais de desenvolvimento. A implementação de políticas públicas ancoradas na ampliação do direito universal à saúde criou um ambiente favorável à multiplicação das inovações assistenciais no campo da saúde mental. O SUS e as significativas transformações estruturais conformaram um novo quadro na atenção à saúde e propiciaram

a efetivação de uma nova política de saúde mental que reforça a atenção de base territorial, em substituição à atenção hospitalar tradicional.

O processo de Reforma Psiquiátrica aponta para a construção de novos modos de atenção em saúde mental que proporcionem a ruptura com o aparato institucional criado para ‘conter’ a loucura. Assim, em alternativa ao modelo hospitalar de atenção, a priori excluyente, foram desenvolvidas diversas experiências que visavam a transformar as práticas e saberes relacionados ao campo. Com isso, pretendiase, entre outras coisas, fazer emergir a construção de novos modos de atenção em saúde mental que se diferenciasssem do que hegemonicamente era oferecido (GULJOR, 2003). Dentre estes, inclui-se a construção de serviços de atenção diária, de base territorial, que trabalham na perspectiva da desinstitucionalização; que têm o sujeito e sua família, e não mais a doença, como foco de sua atenção; onde exista horizontalidade nos processos de trabalho, integralidade do cuidado, responsabilização, entre outros pontos. Faz-se necessário ocupar-se da loucura de uma outra forma. Para Kinoshita (1997), é a vida do usuário que deve ser o centro do trabalho. Então, estar ou não louco é secundário em relação a que tipo de vida leva esse usuário. O social é exigência da vida humana e não está diretamente relacionado à questão da doença como se fosse em uma relação causal.

Os novos serviços sob essa lógica podem ser denominados espaços de produção de sujeitos sociais, de produção de subjetividades, de espaços de convivência, de sociabilidade, de solidariedade e de inclusão. O Ministério da Saúde adotou os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo privilegiado na estratégia de enfrentamento ao modelo assistencial tradicional. A Portaria no 336 (BRASIL, 2002) define os CAPS como “serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território... sendo o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial”.

Neste sentido, os CAPS se apresentam como um dispositivo de cuidado voltado para a atenção integral ao portador de sofrimento psíquico. Têm por objetivo o desenvolvimento de projetos de vida, de produção social, além da promoção da melhoria da qualidade de vida dos sujeitos. Entre algumas de suas missões estão a de tecer laços para além dos serviços de saúde e de manter aquecidas suas relações com a cultura local.

Um dos grandes desafios dos CAPS é possibilitar que a sociedade, que durante toda a existência da psiquiatria ‘aprendeu’ que o melhor tratamento e encaminhamento destinado ao louco seria o hospital psiquiátrico, conheça outros modos de se lidar com a loucura que não sejam a segregação e a exclusão. A conquista de tal conhecimento auxilia na construção de outros circuitos que não a institucionalização dessas pessoas. Diferentemente do hospital psiquiátrico que, segundo Goffman (2001), impunha uma barreira ao intercâmbio social, impedindo de certa forma possibilidades de troca com o mundo exterior, os CAPS buscam, desejam e, de certa forma, correm ao encontro da “afetação” ou da “invasão” da loucura na sociedade.

Uma das estratégias utilizadas para aquisição desse novo estatuto da loucura é a

aproximação entre os serviços comunitários substitutivos ao manicômio e as equipes de atenção básica. Ao CAPS é designada a função de supervisionar e capacitar tanto as equipes da atenção básica como os serviços e programas de saúde mental, no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial. Dessa forma, a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica se coloca como um dos caminhos possíveis para o exercício de uma clínica solidária e integral do sujeito. Os CAPS, como organizadores da rede de cuidados no território a que estão inseridos, estreitariam os laços entre o campo da saúde mental e o da Atenção Básica.

Contudo, tais estratégias são determinantes, mas não suficientes para a consolidação do Modo de Atenção Psicossocial. Um dos maiores desafios para os CAPS consiste em conseguir 'sair de dentro da instituição'. Torna-se necessário transformar os CAPS em mais que um lugar onde a pessoa seja apenas bem atendida. O projeto político-social dos CAPS vai muito além do simples cuidar bem, do lidar bem com a loucura. A proposta dos CAPS é promover uma articulação social e intersetorial, mas não apenas na restrita esfera da saúde. Como aponta Nicácio (2003), é preciso estar atento para não incorrer no risco de reproduzir as formas de pensar e agir do modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade.

Faz-se necessário ampliar a projeção dos CAPS ante as políticas sociais, suas ações e seus espaços. Para tanto, é essencial poder estruturá-lo de forma a ocupar outros territórios. Os CAPS precisam se inscrever de maneira mais ampla na transformação social e

cultural da sociedade.

A ampliação da atenção psicossocial por meio da atenção básica

A crescente discussão sobre a Atenção Básica e seu papel nos sistemas de saúde tem sido uma tendência em vários países, inclusive no Brasil. Busca-se garantir a implantação de propostas que tragam mudanças nos modelos de atenção baseados na doença e no hospital. Tais modelos, em geral, apresentam altos custos financeiros, baixa qualidade, baixa resolutividade das ações e serviços, além da insatisfação dos usuários (SOUZA; SAMPAIO, 2002). No caso brasileiro, existe grande aposta na descentralização e municipalização como mecanismo propulsor para uma nova estruturação da atenção à saúde da população.

A Atenção Básica fundamenta-se nos princípios do SUS, expressos na Constituição Federal de 1988: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação social. Consiste em um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território, além da capacidade de estar apta a dar resolutividade às questões ora apresentadas. É, então, ponto estratégico para a transformação e adoção de outras práticas no campo da saúde, sendo sua organização primordial para se avançar na direção de um sistema de saúde que objetiva a qualidade de vida das pessoas. Para tanto, prima pelo desenvolvimento de práticas que acolham, vinculem e que, na medida do possível, possam resolver os problemas em seu âmbito de ação, propiciando a constituição

de novos formatos de produção das ações de saúde, “configurando-se como um centro animador/catalisador dos sistemas integrados de serviços de saúde” (MENDES, 2002, p. 17).

Em 1998, o Ministério da Saúde publica o Manual para Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1998), onde é enfatizada a importância desse nível de atenção para a organização e conformação do sistema de saúde. Nele são propostos os instrumentos para sua operacionalização, de modo a se alcançar a reorientação de atenção à saúde por meio de estratégias adequadas às condições locais e municipais. Entre outros pontos, foram ressaltados: o cadastramento e a implantação do Cartão SUS; a adscrição de clientela; a referência para a assistência de média e alta densidade tecnológica; e o acompanhamento e a avaliação das ações e serviços de saúde.

Naquele momento, o Departamento de Atenção Básica (DAB), juntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) do Ministério da Saúde (MS), cientes da necessidade da implantação de ações de Saúde Mental na Atenção Básica, decidem elaborar o Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica, dentro do conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde tem realizado oficinas com gestores, profissionais da saúde mental e da Atenção Básica e também com representantes do MS, com o intuito de melhor desenvolver estratégias de inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica. Dentre os encontros realizados, destacam-se:

2001 - Oficina de trabalho para a “Discussão

do Plano Nacional da Inclusão das Ações de SM na AB”, com a presença do DAB, da Coordenação Geral de Saúde Mental e alguns municípios com experiências em curso de inclusão da SM na AB.

2002 - Seminário Internacional sobre SM na AB, em parceria com a OPAS/MS/UFRJ/ Universidade de Harvard.

2003 - Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, “Desafios da integração com a rede básica”. Contou com a participação do DAB, da CGSM, de coordenadores estaduais e municipais de SM, assim como de trabalhadores de SM.

2004 - Oficina no I Congresso Brasileiro de CAPS.

A partir desses encontros, o MS propôs algumas diretrizes para a organização das ações de saúde mental na Atenção Básica:

1. Apoio Matricial da Saúde Mental às Equipes da Atenção Básica

O apoio matricial visa a proporcionar suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Assim, torna-se possível compartilhar casos/situações com a equipe de saúde local, favorecendo a co-responsabilização. Por meio do suporte matricial seria possível, entre outras ações, romper-se com a lógica do encaminhamento, muitas vezes vinculada à lógica da desresponsabilização. Também

haveria a possibilidade de se contribuir para a melhor resolatividade das situações no nível local.

Portanto, as equipes de saúde mental de apoio à atenção básica devem incorporar ações de supervisão, de atendimento em conjunto e de atendimento específico, além de participar das iniciativas de qualificação dos profissionais.

2. Formação como Estratégia Prioritária para a Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na AB, é fundamental a qualificação das equipes, potencializando a rede e qualificando o cuidado. Tendo em vista que a maior qualificação aponta para uma reformulação das estratégias de formação, sugere-se que as equipes de apoio matricial possam ser o dispositivo para se adotar uma formação continuada e em serviço, por meio de discussões de textos, casos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica.

3. Inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)

O sistema de informação é fundamental para avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde, sendo imprescindível incluir indicadores de Saúde Mental na Atenção Básica, já que atualmente esse é o nível privilegiado para a adoção das ações de SM no sistema de saúde. É necessário incluir indicadores da Saúde Mental no SIAB, para se evitar excluir desse nível de atenção o acompanhamento às pessoas com grave sofrimento psíquico, restando a elas o caminho da institucionalização. Tal

inclusão nos permitirá perceber se a Atenção Básica tem, de fato, se responsabilizado pelo acompanhamento de pessoas com grave sofrimento psíquico e se tem conseguido acompanhar as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos, entre outras ações.

A Reforma Psiquiátrica propõe abandonar um lugar zero de trocas sociais (o manicômio) para passarmos a um lugar múltiplo, diverso o território. Também propõe preocupar-se e ocupar-se do sujeito e não apenas de sua doença. Nesse contexto, Rotelli (1990) destaca que a relação a ser estabelecida é com o sujeito da experiência e não mais com a doença. Portanto, a Atenção Básica se coloca como um dispositivo possível para promover outros modos de relacionamento com a loucura, desconstruindo e construindo no interior das casas, na vizinhança, na comunidade ou no bairro, outras relações com as diferenças. Assim, permite que a loucura ocupe outro espaço de circulação que não aquele ‘especializado’ e segregador.

Por meio da inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica podemos pensar e traçar outros circuitos para a loucura; podemos, ainda, trabalhar no sentido da desmistificação onde a loucura habita no cotidiano, no dia-a-dia. Desse modo, garantir-se-ia ao sujeito em sofrimento psíquico o mesmo espaço que as outras pessoas nas unidades de saúde, nas associações de bairro, nos espaços de trabalho e de lazer. Permitir-se-ia que a loucura e o sujeito em sofrimento coabitassem um espaço múltiplo, atravessado por singularidades, diferenças e conflitos, concedendo-se à loucura um lugar, de fato, na vida.

Torna-se fundamental reafirmar a necessidade de intervenção na sociedade, pois como aponta Desviat (1999, p. 43), “é na sociedade que se originam mecanismos de estigmatização e de exclusão das diferenças”. A Atenção Básica, por meio do desenvolvimento de suas ações, pode estabelecer relações consistentes com a comunidade, operando as tão almejadas mudanças e transformações sociais. É preciso estar no interior da comunidade e não a seu lado, uma vez que o processo de transformação acontece ‘na’, e não ‘ao lado’ da comunidade. Para tanto, se faz necessário estabelecer outras formas de articulações com ela. Estabelecer processos contínuos de apoio mútuo, articulando recursos, pessoas, instituições, para podermos vislumbrar a possibilidade de mudanças nos mais diferentes campos.

A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica possibilita entre outros benefícios, tornar as fronteiras instáveis, permeáveis, podendo nos levar a percorrer muitos caminhos diferentes, proporcionando à loucura sair de um lugar segregador, excludente, para um de convívio, de agenciamentos, de possibilidades, de vida. Tal inclusão permite tornar concreto, no cotidiano da vida das pessoas, os princípios que motivaram e nortearam os caminhos tanto do movimento de Reforma Psiquiátrica quanto da Reforma Sanitária.

A articulação desses dois campos nos propicia de fato transformar, romper, mudar, reformar e reformular o saber e as práticas no âmbito da saúde mental. Por conseguinte, poderíamos avançar na elaboração de novos conceitos e práticas pertinentes ao campo da

Atenção Psicossocial, fundamentadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Isto possibilitaria a aproximação com uma clínica criadora de possibilidades, produtora de sociabilidades e subjetividades (AMARANTE, 2003). Ou ainda, trabalhar na perspectiva de uma clínica antimanicomial (LOBOSQUE, 1997).

Eixos comuns entre atenção básica e saúde mental

Os princípios que norteiam tanto as ações de saúde mental quanto as da Atenção Básica estão pautados em algumas noções e conceitos como articulação, acolhimento, responsabilização, estabelecimento de vínculos, e integralidade do cuidado.

Articulação

A Reforma Psiquiátrica requer o desenvolvimento de articulações com outros saberes, com outras áreas de conhecimentos e com outras práticas. Propõe uma interlocução constante com outros campos. Também convoca diferentes atores sociais, o que o torna um campo permeável, plástico, poroso, dando a idéia de construção e reconstrução, de movimento. Articulando-se, poder-se-á dar maior sustentação ao campo, além de se poder trabalhar na viabilização de transformações sociais, fazendo a Reforma Psiquiátrica ‘acontecer’.

O movimento da Reforma Psiquiátrica aponta para a criação de uma rede que estabeleça parcerias e laços com outros segmentos

da sociedade. As redes conectam pessoas, instituições, serviços, tecem vidas e podem estabelecer uma nova conexão entre Estado e cidadania e, assim, uma nova relação de reconhecimento entre as pessoas (LOSICER, 2000). Implicam também a redefinição das políticas sociais, em uma recomposição do papel do Estado e das coletividades.

A formulação da política de Saúde Mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da educação, da cultura, da habitação, do esporte, do trabalho, do lazer, dentre outros, além do estabelecimento de parcerias com universidades, Ministério Público, ONGs, etc.

Acolhimento

O acolhimento, como, ação, atravessa processos relacionais em saúde rompendo com o atendimento tecnocrático, criando um atendimento mais humanizado (SILVEIRA, 2003). Como modo de organização de práticas, o acolhimento possibilita que o usuário assuma o lugar central das atividades de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Por meio do acolhimento é possível que os equipamentos de saúde mantenham a marca de processo, de criação cotidiana, de invenção, que pode dar a cada uma das experiências um caráter singular e a cada equipe a possibilidade de construir, com seu desejo, o trabalho diário em lugar de repetições modulares (MACHADO; COLVERO, 2003).

Em suma, acolhimento advém da participação efetiva e afetiva entre a equipe e

a população adscrita, pois exige uma atenção solidária, não mecanizada, a todas as pessoas, com uma escuta qualificada dos problemas de saúde, possibilitando a criação de vínculos.

Responsabilização

De acordo com a Portaria no 336/02 (BRASIL, 2002), os CAPS devem se responsabilizar pela coordenação e pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território. A responsabilização pela clientela atendida deve ser um princípio norteador dos novos modos de atenção em construção.

Tome-se como encargo que o serviço deve se responsabilizar pela saúde mental da população de sua área de abrangência. Este, juntamente com os demais segmentos sociais que compõem a rede social, devem se articular a fim de promover a melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas, desenvolvendo papel ativo na promoção da Saúde Mental.

O território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isto significa que uma “equipe deve atuar no território de cada usuário, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando enriquecê-lo e expandi-lo” (KINOSHITA, 1997, p. 73). Os serviços que trabalham na perspectiva do território desenvolvem papel ativo na promoção da saúde mental na localidade.

Outra questão relacionada à territorialidade das ações está atrelada à acessibilidade das ações e serviços de saúde (ALVES, 2001). O serviço pode estar ou não

acontecendo para o usuário então, a discussão da acessibilidade se torna uma questão ética.

Estabelecimento de vínculos

A noção de vínculo está atrelada a outros conceitos, como o da continuidade, da responsabilização, do acolhimento, da acessibilidade e do afeto. Vínculo também pode ser definido como “a circulação de afeto entre as pessoas a partir da disposição de acolher de uns e da decisão de buscar apoio de outros” (CAMPOS, 2003, p. 28), que se constrói com base na necessidade de quem demanda atendimento e de um outro que possa atendê-lo e ouvi-lo.

Os vínculos que norteiam os projetos de intervenções integrais de atenção e cuidado à saúde são constituídos a partir de escuta e responsabilização entre sujeitos. Em que nós – profissionais –, em uma relação próxima, clara, pessoal e não burocrática, devemos nos sensibilizar com o sofrimento do outro e nos responsabilizarmos pela vida do usuário.

Integralidade do cuidado

Deve-se considerar a integralidade como um indicador da direção que se deseja imprimir aos sistemas de saúde (MATTOS, 2002). Diferentemente da noção de integralidade trabalhada na Lei Orgânica Nacional da Saúde (LOS) nº 8.080/90, vinculada ao acesso aos diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção à saúde mental, tem-se adotado o termo integralidade, na maioria das vezes, para compreender o indivíduo como um sujeito integral, dotado de diferentes necessidades em diferentes momentos, estando relacionado

à noção de direito. Portanto, a busca pela integralidade envolve a noção de responsabilização.

No entanto, essa tarefa não pode estar restrita aos serviços de saúde mental; deve-se desenvolver uma articulação entre os segmentos sociais que compõe a rede, a fim de promover melhorias nas condições de saúde e de vida das pessoas. Faz-se necessário fomentar mudanças, em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas. A responsabilização pela clientela atendida deve ser um princípio norteador dos novos modos de atenção em construção.

Portanto, a noção de integralidade extrapola o conceito jurídico-institucional da Constituição de 1988 e da LOS no 8.080/90, ganhando outras dimensões. Essa constatação propõe a ruptura com os ‘antigos’ padrões assistenciais e aponta para a superação da racionalidade médica. Busca a produção de práticas de atenção coerentes com os princípios do SUS. Assim, a Atenção Básica estaria ampliando sua capacidade de resolução dos problemas da saúde, permitindo a construção de um novo tipo de relação entre ela e a saúde mental, ao potencializar capacidades de produzir mudanças.

Acreditamos que somente com a adoção desses princípios é que poderemos ousar oferecermos, de fato, práticas de atenção e de cuidado ao portador de sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhando-se com a perspectiva de

inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica torna-se possível proporcionar atenção integral e compartilhar a responsabilidade pela melhora da qualidade de saúde e de vida de determinada comunidade, tornando os dispositivos de atenção mais acessíveis àqueles que deles necessitam. Tais iniciativas podem apontar para a possibilidade de construirmos outros modos de promover a saúde e de colocar, em prática, ainda que tardiamente, os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A incorporação das ações de saúde mental pela Atenção Básica facilita a circulação do CAPS pelos espaços de vida das pessoas, o que é fundamental para a implementação dessas novas práticas, uma vez que os CAPS devem atuar no território, nos espaços e percursos que compõem a vida dessas pessoas, contribuindo, de fato, para a construção social de outros modos de lidar com a loucura.

O estabelecimento de articulações entre a saúde mental e a Atenção Básica amplia o potencial dos CAPS como agenciadores de novos modos de cuidado e estende a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico. O CAPS passaria a funcionar, então, como unidade de apoio para as equipes da Atenção Básica. Não haveria transferência de responsabilidade; os CAPS funcionariam como unidade de apoio que permitiria às equipes da Atenção Básica oferecer uma atenção mais ampliada às pessoas, caminhando no sentido da integralidade da atenção.

A inclusão das ações de saúde mental no campo da Atenção Básica, por si só, não será suficiente para reverter as práticas no campo

da atenção em saúde mental, pois as ações não se restringem exclusivamente ao setor saúde. A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania. Isto nos remete à necessidade explicitada de construção de redes, de e entre serviços. Torna-se fundamental a integração de atores, de serviços e de redes sociais. No entanto, é preciso auxiliar sua construção e solidificação. É necessário pensar a Reforma Psiquiátrica como política pública de saúde, uma vez que não adianta fechar hospitais sem que haja condições estruturais mínimas, como moradia, trabalho etc. Essas pessoas precisam de atenção no sentido mais ampliado do termo. Portanto, torna-se premente trabalhar para a efetiva implantação da rede de cuidados, pois sem sua consolidação não poderemos atuar na perspectiva da transformação dos modos de atenção em saúde mental.

REFERÊNCIAS

Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 167-76.

Amarante P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. Amarante P. Clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizadora. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-65.

Amarante P, Giovanella L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 113-48.

Brasil. Lei Orgânica Nacional da Saúde (LOS) nº 8.080/90, de 19 set. 1990. Brasília: Diário Oficial da União, 24 set 1999.

Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.

Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 1999;15(2):345-53.

Freire FHMA. O sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 2001.

Guljor APF. Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira mar. São Paulo: Hucitec; 1997.

Lobosque AM. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec; 1997.

Losicer E. Descentralização, redes e subjetividade. In: Ministério da Saúde (Brasil). Oficina de trabalho rede e gestão descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Machado AL, Colvero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e atuação da equipe de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003;11(5):672-7.

Mattos RA. O incentivo ao programa de saúde da família e seu impacto sobre as grandes cidades. Physis:

Rev Saúde Coletiva. 2002;12(1):77-108.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde; 1998.

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. 39 p.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Diário Oficial da União, 08 Ago 2002.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Tese [Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.

Silveira DP. Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção de cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Souza HM, Sampaio LFR. Atenção básica: política, diretrizes e modelos no Brasil. In: Negri B, Faria R, Viana L, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2002. p. 9-31.

Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.