

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: REFLEXÕES SOBRE A ARTICULAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COM O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MENTAL HEALTH IN THE BASIC HEALTHCARE: REFLECTIONS ABOUT THE ARTICULATION BETWEEN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS (CAPS) AND FAMILY HEALTH PROGRAM (PSF)

SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN BASICA: REFLEXIONES SOBRE LA ARTICULACION DEL CENTRO DE ATENCION PSICOSOCIAL (CAPS) CON EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA (PSF)

Maria Aparecida Silva¹
Marcos Antonio Moura Vieira²

RESUMO

Realizamos neste artigo uma revisão bibliográfica de relatos de experiências de trabalho em saúde mental na atenção básica com o objetivo de refletir como as idéias e concepções do movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica têm sido apreendidas pelos profissionais de saúde mental após sua normalização no Sistema Único de Saúde (SUS). Revisamos artigos que tratavam simultaneamente dos temas CAPS e PSF, produzidos entre 1996 e 2006, e fizemos uma análise discursiva das possibilidades e dificuldades apontadas quanto à efetivação e à continuação das experiências de assistência desenvolvidas no perímetro de articulação entre as duas estratégias. A efetivação de propostas teóricas biopsicossociais no cotidiano da assistência mostrou-se dependente do estágio de desenvolvimento técnico-político de trabalhadores, usuários e gestores dos serviços de saúde. Concluímos que a problematização dos elementos ideológicos do processo de trabalho em saúde mental permitem que se iniciem as mudanças progressivas quanto à finalidade, ao objeto, aos instrumentos de trabalho e ao produto final de práticas na atenção nos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Palavras-chave: Serviço Comunitário de Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Saúde da Família; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

In this article we make a bibliographical review of stories of experiences of work in mental health in the basic attention with the objective to reflect as the ideas and conceptions of the movement of the Sanitary and Psychiatric Reformation have been apprehended for the professionals of mental health after its normalization in the SUS. We reviewed articles that simultaneously dealt with subjects CAPS and PSF produced between 1996 and 2006. We carried through a discourse analysis about the possibilities and difficulties that pointed how much was possible that continuation of that development of the assistance experiences in the perimeter between the two strategies. The practical of bio psychosocial theories in the daily assistance depends at the period of training of technician-politician development of workers, users and managers of the health services. We conclude that the mobilization of the ideological elements of the process of the work in mental health makes possible that the gradual changes happen in the practical attention of the services substitutes for the model of the asylum. The changes are related with the work process steps: finality, object, instruments of work en final product.

Key words: Community Mental Health Services; Mental Health Services; Family Health; Family Health Program.

RESUMEN

Hacemos un artículo de revisión bibliográfica acerca de historias de experiencias del trabajo en salud mental en la atención básica. Tenemos el objetivo de reflejar como las ideas y los conceptos del movimiento de la reforma sanitaria y psiquiátrica se han pasado para los profesionales de la salud mental después de su normalización en el SUS. Revisamos los artículos producidos entre 1996 y 2006 que hablan simultáneamente de los temas CAPS y PSF. Las análisis del discurso acerca de las posibilidades y de las dificultades del trabajo en el modo psicosocial muestra que los servicios se quedan dependientes del desarrollo técnico-político de los trabajadores, de usuarios y de encargados de los servicios de salud para la efectivación y la continuación de las experiencias desarrolladas. Concluimos que la movilización de los elementos ideológicos del proceso del trabajo en salud mental hace posible que los cambios graduales ocurren en la atención práctica de los servicios substitutos para el modelo del asilo. Los cambios se relacionan con los pasos de los procesos del trabajo: importancia determinante, objeto, instrumentos del trabajo y producto final.

Palabras claves: Servicio Comunitario de la Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Salud de la Familia; Programa de Salud Familiar.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e Secretaria Estadual do Estado de Mato Grosso. Mestranda em Enfermagem pela UFMT.

² Médico psiquiatra. Doutor em LAEL. Professor/Orientador do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFMT. Pesquisador do Grupo Projeto Argos/UFMT. Endereço para correspondência: Rodovia do Manso Km 6. Caixa postal 6014. Cuiabá MT. Email – Cida.silva56@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro vem apresentando mudanças importantes no decorrer do último século e entra no século XXI tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como a rede oficial, com princípios e diretrizes voltados para a atenção integral da saúde de sua população. As mudanças de estruturação do sistema de saúde têm ocorrido de acordo com o contexto histórico, social e político da cada período.

Neste trabalho, de revisão bibliográfica, pesquisamos como vem ocorrendo a efetivação das práticas assistenciais em saúde mental, nos marcos da Reforma Psiquiátrica, no processo de inclusão da saúde mental na atenção básica, articulando o Programa Saúde da Família (PSF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Nosso objetivo geral é refletir como as idéias e as concepções do movimento da Reforma Psiquiátrica têm sido depreendidas pelos pesquisadores em saúde mental após sua normatização e, mais especificamente, observar o que se tem refletido sobre a articulação dos CAPs com o PSF com base em relatos reflexivos sobre experiências de trabalho reais.

Para tanto, apresentamos, primeiramente, a contextualização do que se compreende atualmente por PSF e CAPs e, na seqüência, descrevemos pesquisas e experiências que buscam realizar a inclusão da saúde mental na atenção básica. Por fim, fazemos uma reflexão crítica dos avanços e limites da articulação entre o PSF e o CAPs, um serviço que tem se apresentado como a "porta de entrada" do que deveria se constituir como um Programa de Atenção em Saúde Mental.

APRESENTANDO O PSF E O CAPS

O SUS, previsto na Constituição Federal de 1988, foi instituído pelas leis federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e tem o horizonte do Estado Democrático e da cidadania plena como determinantes de uma concepção de "saúde como direito de todos e dever do Estado"¹.

Segundo a proposta do Ministério da Saúde (MS),¹ são diretrizes do SUS: a) acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; b) integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo; c) equidade, como o dever de atender igualmente ao direito de cada um, respeitando suas diferenças; d) descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo do usuário que dele necessite; e) controle social exercido pelos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. Consideramos as diretrizes acima, destacadas dentre outras, como o mínimo necessário para o desenvolvimento de serviços de saúde na atenção básica.

Quanto ao PSF, segundo Teixeira,² foi formulado como um programa "vertical" a ser implantado nas regiões pobres do Norte e do Nordeste. Foi reapropriado a

partir do movimento de medicina familiar, estruturado em meados da década de 1960 nos Estados Unidos e redefinido para a realidade brasileira. O planejamento e a implantação do PSF foram vistos como uma oportunidade histórica de promover mudanças no modelo de atenção à saúde em larga escala.

Ainda segundo Teixeira,² a partir de 1994 e, principalmente, no período de 1998 a 2002, o PSF deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços para ser considerado uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Desde então, é pensado como um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde, oportunizando mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade, a regulação e o controle, a implementação de ações intersetoriais e a melhoria da qualidade de vida da população das áreas cobertas pelo programa.

Dessa forma, o PSF se propõe a ser um novo modelo de atenção à saúde baseado na lógica da vigilância à saúde e na qualidade de vida, com enfoque na família. Inclui desde a proteção e a promoção à saúde até o diagnóstico e o tratamento das doenças, tendo por referência determinado território.³ É um serviço da atenção básica e conta com equipes compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Para dar conta desse trabalho, os profissionais devem ter um perfil que lhes permita conhecer e articular os recursos existentes na comunidade (escolas, grupos organizados, instituições governamentais e não governamentais). Devem contar, ainda, com o respaldo de uma rede de saúde com referência regionalizada, visando garantir-lhes, quando necessário, um suporte na complementação da assistência.

A Reforma Psiquiátrica, importante movimento social por um tratamento digno das pessoas que padeciam de sofrimento mental, teve início na Europa, especialmente na Itália, em 1961, com a experiência de desospitalização de pacientes psiquiátricos, inicialmente em Gorizia e posteriormente em Trieste. Segundo Amarante,⁴ a Reforma Psiquiátrica foi um passo estratégico na luta pelo fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. No Brasil, surge em fins da década de 1970 com base na conjuntura da redemocratização e apresenta proposições de uma rede básica de saúde mental que atualmente se afina com a proposta do PSF na busca da reversão do modelo hospitalocêntrico. Tal modelo de atenção centrada no hospital manteve, durante muitos anos, o chamado portador de transtorno mental segregado em instituições hospitalares, sem receber atenção médica adequada e sem poder reivindicar os seus direitos, sob pena de ser vitimado por um tratamento ainda mais desumano.

O Relatório da *III Conferência Nacional de Saúde Mental* (CNS)⁵ enfatiza a necessidade de reorganização da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, entendendo esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em território, sob o eixo do acolhimento,

vínculo e heterogeneidade dos sujeitos e recursos. Reafirma as recomendações da 8ª CNS que indicam a responsabilidade da unidade básica por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo atenção em saúde mental.

O MS⁶ define a rede de atenção à saúde mental como integrante do SUS, composta por CAPs, Serviço de Residência Terapêutica (SRT), Centros de Convivência, Ambulatório de Saúde Mental e Hospitais Gerais que, compartilhando os mesmos princípios, caracteriza-se por ser essencialmente público, de base municipal e com controle fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Quanto ao CAP, trata-se de um serviço de assistência em saúde mental, substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, fruto da Reforma Psiquiátrica, que constitui um movimento nacional de transformação do modelo asilar (médico-psiquiátrico) para o da atenção psicossocial. A isso corresponde uma transformação da lógica de atenção, e não somente uma mudança no local de atendimento (hospital psiquiátrico X serviços extra-hospitalares). Nesse sentido, o CAP é um dispositivo de assistência em saúde mental que tem a responsabilidade de organizar o cuidado à sua clientela levando em consideração os princípios de territorialização; integrar e articular tanto a rede de cuidados em saúde como outras relações sociais; buscar produzir cidadania por meio do conhecimento técnico em conjunto com os saberes e percepções dos usuários, familiares e comunidade, proporcionando compreensão e alívio do sofrimento psíquico.³

Para dar conta da articulação da atenção em saúde mental, nos moldes da Reforma Psiquiátrica, é importante traçar a correlação entre rede e território.⁶ A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação do modelo biopsicossocial. Esse modelo tem como foco

a promoção da saúde, o reconhecimento precoce de problemas biopsicossociais que determinam alterações mentais e comportamentais na população e no seu tratamento, compreendido como um plano terapêutico socialmente referenciado e construído visando a reabilitação e a reinserção social das pessoas em sofrimento mental.⁷

A articulação, em rede, dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Essa rede, no entanto, é maior, mais complexa, do que o conjunto dos serviços de saúde mental oferecidos no município. Uma rede se conforma à medida que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços nas cidades, o que implica o território. Nesse sentido, o território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se desenvolve a vida comunitária.

É nesse quadro de organização do SUS, em redes e territórios, que buscaremos verificar, a seguir, como

alguns estudos têm abordado a relação possível do CAPS e do PSF, especialmente no que diz respeito ao relato e à análise de experiências práticas de atenção no modelo biopsicossocial.

METODOLOGIA

Para verificar como tem ocorrido a articulação das propostas e ou experiências que buscam realizar a integração da saúde mental na atenção básica, apresentamos uma revisão de experiências concretas de trabalho que articulam o CAP e o PSF desenvolvidas em três artigos produzidos entre 1996 e 2006. Tais artigos foram selecionados com base em pesquisa bibliográfica, seguindo os descritores de artigo escrito em língua portuguesa, com as entradas saúde da família e saúde mental e excluindo aqueles que não apresentassem um comentário descritivo e/ou análise de experiência concreta de trabalho. Portanto, privilegamos na escolha dos artigos aqueles que correlacionaram diretamente a saúde mental na atenção básica que continham relatos de experiência de trabalho. Ao apresentar as experiências, comentamos, com base na proposta de Pires,⁸ sobre os elementos do processo de trabalho, que passamos a comentar a seguir.

Os elementos do processo de trabalho em saúde são organizados por Denise Pires,⁸ com base em Marx, como:

- a) Finalidade: ação terapêutica de saúde; b) Objeto: o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, de preservar a saúde ou prevenir doenças; c) Instrumental de trabalho: os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento correlatos ao 'saber' da saúde; d) Produto final: a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no momento mesmo em que é consumida.

Assumimos com Pires⁸ que, quando um processo de trabalho é conhecido e discutido pelos protagonistas da atividade, tal reflexão facilita a participação e a responsabilização tanto dos profissionais como dos usuários. Modificando um dos elementos do processo de trabalho, podemos dar início a uma mudança das práticas. Entretanto devemos também considerar que as dificuldades encontradas na efetivação e continuação das experiências desenvolvidas dependem do estágio de desenvolvimento técnico e político de trabalhadores, usuários e gestores dos serviços de saúde. Tal será a linha de leitura dos três artigos selecionados que passamos a comentar.

PROPOSTAS E EXPERIÊNCIAS DE ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E DO CAPS

Nosso primeiro artigo, de Oliveira, Silva e Marcon,⁹ trata de um relato de experiência de trabalho no Centro de Saúde (CS) Bela Vista, em Cuiabá. Consta que, tradicionalmente, esse CS se responsabilizava pelo atendimento à demanda

de assistência nas áreas clínicas básicas: pediatria, ginecologia/obstetrícia e clínica geral. A partir de 1997 e, principalmente, após a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), detectou-se em várias famílias, via agentes comunitários de saúde (ACSs), a ocorrência de pessoas com problemas mentais. Esses familiares, que até então não eram alvo da atenção oferecida no CS (porque quando em crise procuravam os serviços de internação psiquiátrica), passaram a ser percebidos como uma demanda importante. Ao visualizar esse novo “objeto” do seu processo de trabalho – as pessoas em sofrimento psíquico que eram moradoras da região e apresentavam anteriormente problemas mentais, mas que não obtinham a atenção do centro de saúde –, os profissionais as tomaram sob a responsabilidade do serviço. Dessa forma, o novo objeto de cuidado foi deslocado de sua função e passou a ser visto e trabalhado como uma “finalidade”. Quando as pessoas em sofrimento psíquico passaram a ser percebidas de outra forma e os profissionais abordaram o problema de saúde como uma “finalidade” a ser alcançada pelo processo de trabalho do CS, foi necessário passar ao próximo passo: com quais instrumentos de trabalho assisti-las?

Portanto, a modificação que começa com a percepção do objeto (as pessoas e seus problemas que já existiam previamente) e com a tomada de consciência de que esse problema pode ser assumido como uma finalidade do atendimento (a atenção plena à saúde do indivíduo faz parte das diretrizes da atenção básica) leva à ação prática de constituição de instrumentos de trabalho. O artigo citado explicita essas fases do processo de trabalho, mas, ao explicá-las, identifica como o instrumento de trabalho responsável pela modificação do processo apenas a forma como o serviço local (CS) interagia com os ACSs na região. Na nossa leitura atual, vemos a interação como o disparador de um processo que vinha se constituindo dialogicamente muito antes, ou seja, a mudança começa antes que se possa visualizá-la concretamente.

Quanto ao momento posterior – à disponibilização de instrumentos de trabalho para assumir a demanda, ou seja, o “produto final” –, destacamos do relato de experiência os seguintes aspectos: a) o aparecimento e o crescimento de uma demanda até então “invisível” na região do CS diante da oferta de algumas ações de saúde mental e da facilidade de acesso; b) uma mudança de “olhar” tanto da população como dos profissionais em relação à doença e ao doente mental, confirmando que o usuário em sofrimento psíquico podia ser atendido pelo CS; c) a confirmação prática de que o CS é um local apropriado para o desenvolvimento de ações efetivas de saúde mental no nível primário, possibilitando até mesmo evitar as reinternações psiquiátricas; d) maior abertura, para estudantes de enfermagem, em vivenciar novas possibilidades de experiências práticas em serviço aberto, regionalizado e inserido na rede geral de saúde.

O segundo artigo apresenta uma pesquisa de natureza qualitativa realizada por Amaral¹⁰ com profissionais de

cinco unidades de saúde de Campinas, utilizando o recurso de 14 entrevistas. O artigo evidencia problemas na implementação da política de saúde mental para a rede básica, relativos à definição das políticas estratégicas e dos resultados da implementação dessas diretrizes. Organizamos a seguir as dificuldades apresentadas no artigo conforme as fases do processo de trabalho propostas por Pires.⁸

Com relação à finalidade prescrita, de prestar atenção integral aos problemas de saúde dos usuários, o artigo indica que o baixo envolvimento das equipes com o funcionamento global das unidades e a articulação entre as áreas clínicas prejudicavam a atenção integral aos problemas de saúde dos usuários.

Com relação ao objeto desse processo de trabalho, observa-se que a atenção integral deveria ser destinada a pacientes mais graves e egressos de hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, havia a definição prescrita da prioridade de atendimento em saúde mental nos Centros de Saúde que acabava gerando uma pressão nos serviços e contribuindo para que os profissionais tivessem dificuldade em lidar com as fronteiras da demanda “oficial” e da procura real, influenciando negativamente na organização do processo do trabalho cotidiano.

Com relação aos instrumentos do processo de trabalho, Amaral¹⁰ aponta que a instalação de equipes mínimas em Centros de Saúde foi a estratégia adotada para a organização da rede de serviços em saúde mental. Os profissionais eram vistos como o “único” instrumento da realização da atenção. Tal opção instrumental agravava-se por duas grandes dificuldades: de um lado, a ausência de propostas de articulação intersectorial e, de outro, a dificuldade na definição dos papéis nas equipes. A desarticulação entre equipes, setores e serviços levava à diminuição da viabilidade de instalação de equipamentos de reabilitação tais como as oficinas terapêuticas, os centros de convivência e as moradias protegidas. A indefinição das atribuições partilhadas entre os membros da equipe levava à manutenção da divisão tradicional entre o trabalho do médico e dos não-médicos. O autor sugere que a racionalização de recursos disponíveis, mediante a concentração deles em um número menor de unidades, poderia aumentar a resolutividade do modelo (desde que fossem equacionados os problemas de acesso dos pacientes e da ausência de oficinas terapêuticas e/ou centros de convivência).

Em relação ao produto final, o artigo indica a manutenção de um sistema biomédico de pouca resolutividade de acordo com a proposta de atenção integral. Na prática, segundo Amaral,¹⁰ a ausência de planejamento no plano local fazia com que o trabalho fosse estruturado sobre o atendimento da demanda espontânea e, em menor escala, da demanda de egressos dos hospitais, demorando até 15 dias para o agendamento de uma consulta de pós-alta. Observamos, também, que a ausência de supervisão favoreceu a atuação individualizada dos profissionais. Provavelmente, um

acompanhamento reflexivo sobre a atividade realizada ajudaria as equipes a construir instrumentos facilitadores do processo de gestão de práticas coletivas, que poderiam lavar a modificações das relações entre os elementos do processo de trabalho.

Na pesquisa de Amaral,¹⁰ percebemos as dificuldades encontradas pelos profissionais para realizar a atenção integral à saúde das pessoas com problemas mentais cuja “finalidade” parece ter sido pensada e planejada sem levar em conta a importância da participação das equipes locais. Se os profissionais já se encontravam pouco envolvidos com o funcionamento das unidades, como poderiam se envolver num processo mais amplo de articulação da clínica em saúde mental? O paciente egresso de internações psiquiátricas foi o “objeto” da SMS, e não das unidades de saúde, que também já arcavam com a responsabilidade de responder à demanda espontânea e percebiam o paciente grave como uma atribuição a mais na unidade que acarretava sobrecarga de trabalho. Quanto ao “instrumental de trabalho”, observamos que, apesar da orientação para a prestação de uma assistência integral às pessoas com sofrimento psíquico, o modelo tradicional de atenção à saúde foi mantido. Com isso, o “produto final” passou a se confundir com a demanda espontânea, sem dar conta de priorizar os egressos de hospitais tal como os parâmetros inicialmente propostos pela gestão municipal.

O terceiro artigo apresenta uma pesquisa de natureza bibliográfica realizada por Brêda, Rosa, Pereira e Scatena,¹¹ uma vez que apresentaram uma revisão de estudos dedicada especificamente à análise de intervenções inovadoras, tanto no campo da saúde da família como no da saúde mental. Segundo a revisão realizada, todos os estudos reafirmam as potencialidades do PSF para: 1) fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista para a construção de um novo modelo; 2) ampliar a participação e o controle social; 3) resgatar a relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS; 4) oportunizar a diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde; 5. fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento.

Quanto à “finalidade” do processo de trabalho, tanto o PSF como a saúde mental propõem mudança do modelo biomédico para o biopsicossocial. A pessoa do “usuário” do SUS é tomada como o objeto do processo do trabalho e deve ser vista em suas dimensões biopsicossociais. A associação da nova finalidade e objetos do processo de trabalho implica estratégias do PSF e da atenção psicossocial que mudam o foco da atenção à doença para a “existência-sofrimento” psíquico, visando compreender e proporcionar a redução do sofrimento tanto do usuário como de seus familiares.

Quanto ao instrumental de trabalho, compreende-se que as intervenções inovadoras propiciam um jeito novo de intervir nos problemas de saúde dos usuários levando à maior ação terapêutica para os problemas de saúde mental. O trabalho em uma rede articulada dos recursos possíveis no plano comunitário possibilita, com a participação social, a ressocialização das pessoas que

sofrem com um problema mental. Como exemplo, cita-se “o projeto *De Volta para Casa*, que prevê a reintegração social de portadores de transtornos mentais à vida familiar e comunitária, cujo desenvolvimento e sucesso dependerão desse investimento”. Os autores¹¹ consideram que o trabalho em equipe, valorizando o potencial de cada profissional, amplia a possibilidade de

resgatar a relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS; oportuniza a diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde; fortalece a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento; oportuniza ao profissional de enfermagem a possibilidade de revitalização do seu papel de cuidador, com independência profissional.

No caso das experiências bem-sucedidas exemplificadas no artigo, o produto final é resultado das novas abordagens. À medida que se modificam os elementos do processo de trabalho relacionados com a finalidade, o objeto e os instrumentais de trabalho, aumenta a probabilidade de resultados diferentes e criativos. Quando uma experiência de trabalho se concretiza no modo psicossocial, ela exemplifica que a vida e o trabalho são dinâmicos e as renormalizações cotidianas das normas prescritas fazem parte do processo de trabalho. As mudanças e a efetividade serão mais intensas quanto maior for a consciência dos protagonistas do trabalho: profissionais da saúde, usuários e familiares, possibilitando uma atenção biopsicossocial e integral à saúde de todos os cidadãos, como se propõe no SUS.

Entretanto, observamos que o trabalho que atende aos novos paradigmas ainda é uma exceção. Nesse sentido, o estudo de Brêda et al.¹⁰ assinala, também, fragilidades de ordem geral e contextual no processo de trabalho com o modelo psicossocial, tais como: o conflito entre discurso e prática; o caráter autoritário do MS; o despreparo dos profissionais, da família e da sociedade em lidar com a pessoa em sofrimento psíquico; a questão da medicalização; e a ineficiência de serviços de referência. Compreendemos tanto os avanços como as dificuldades assinaladas nesta revisão de estudos como indícios de um período de transição no processo de trabalho com a saúde mental que caracteriza o atual modelo de saúde no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências relatadas e revistas por nós sob as lentes dos elementos marxistas do processo de trabalho em saúde demonstram que nem sempre gestores, profissionais e comunidade apreendem da mesma forma o processo de mudanças de práticas. A implementação de uma política pública, com as implicações socioculturais da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira passa pela necessidade de articulação intersetorial e por ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos doentes mentais. Qualquer doença tem um componente subjetivo de sofrimento que pode, não raro, atuar como entrave para a adesão às práticas preventivas ou de vida saudáveis, recomendadas

pelos estudiosos e/ou prescritas pelos gestores. Na prática, poderíamos dizer que todo problema de saúde é também, e sempre, de saúde mental e que toda ação em saúde mental é também, e sempre, ação de produção de saúde. Nesse sentido, é importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.

Segundo o MS,⁶ o desenvolvimento da estratégia da saúde da família nos últimos anos e os novos serviços substitutivos em saúde mental, especialmente os CAPs, marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Tal progresso, porém, não implica que tenhamos chegado a uma situação ideal do ponto de vista da melhoria da atenção. O primeiro passo para avançar no processo de mudanças é reconhecer as finalidades e os objetivos comuns das estratégias de saúde mental, dentre elas os serviços substitutivos ao modelo hospitalar, tal como o CAPs e o PSF, e, só então, avançar na construção de ações e instrumentos de trabalho que tenham como produto final uma cobertura biopsicossocial em saúde mental.

Nesse sentido, quanto à saúde mental, consideramos que, de um lado, entre as políticas traçadas pela atual gestão em saúde mental do MS, os CAPs têm sido privilegiados como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental e, de outro, que tal centralização nos CAPs pode desviar investimentos em outras possibilidades, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs). Ambos são serviços territorializados, ou seja, estão circunscritos ao espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) dos usuários potenciais e reais. Na prática, os serviços substitutivos devem articular as relações tanto com os serviços de saúde como resgatar as potencialidades dos recursos existentes na comunidade. Não podemos nos esquecer de que a saúde mental deve, efetivamente, participar da rede ampliada de cuidados à saúde, onde estão incluídos a atenção básica, as residências terapêuticas,

os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, dentre outros.

Quanto aos PSF, devemos reconhecer que o trabalho real das suas equipes demonstra, cotidianamente, que os profissionais se deparam com problemas de "saúde mental". Assim, por estarem mais próximos das famílias e dos recursos da comunidade, as equipes do PSF constituem um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados, por exemplo, ao uso abusivo de álcool e drogas, mas também e especialmente, às diversas formas de transtorno psíquico.

Enfim, diante das diretrizes gerais da saúde e dos exemplos citados de experiências concretas de associação das estratégias da saúde mental e da saúde da família, observamos que, embora o acesso universal e igualitário a toda população já esteja garantido na legislação, na prática, para ser efetivado, ainda precisa contar com pelo menos dois grandes eixos de ações.

O primeiro está diretamente relacionado ao próprio processo de trabalho. Ao garantir a aplicação das diretrizes do SUS para a saúde mental (incluídos os CAPs) e saúde geral (incluído o PSF), um dos elementos do processo de trabalho será mobilizado em direção à mudança. O desenvolvimento do processo depende de fatores diversos e não pode ser previamente determinado, mas amplia as possibilidades de desenvolvimento de ações concretas entre serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e PSF.

O segundo eixo de ações diz respeito a mobilizações sociais que podem influenciar o processo de trabalho. Se trabalhadores de saúde e usuários participam da organização da população na defesa dos seus direitos, seja em locais institucionais (conselhos, ouvidoria), seja nas ONGs e/ou movimentos de lutas sociais, cresce a chance de mobilizar temas que influenciem diretamente no avanço do processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. Serie F. Comunicação e Educação em Saúde.
2. Teixeira CF, Fontes C, Solla JP. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
3. Silva MA, Moura Vieira MA, Oliveira AGB, Andrade SMR. Capacitação em saúde mental para equipes de saúde da família Cuiabá-MT. In: VI Encontro Catarinense de Saúde Mental. Pôster. Florianópolis, junho de 2006.
4. Amarante P. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia: Rio de Janeiro: Garamond; 2005. 336p. (Garamond Universitária; Loucura XXI).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS; nov.2005.
7. Oliveira AGB, Moura-Vieira MA, Andrade MSR. Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água; 2006.
8. Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, Organizador. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros; 1999. p. 25-48.
9. Oliveira AGB, Silva MA, Marcon SR. Atenção à saúde mental no nível primário: análise de uma experiência de Integração Ensino-Serviço. Coletânea Enferm. 2000 jul./dez; 2(2): 39-55.

10. Amaral M. Atenção á saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev Saúde Pública. 1997; 31(3): 288-95
11. Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enferm. 2005 maio/jun; 13(3): 450-2.

Data de submissão: 25/4/2008

Data de aprovação: 19/9/2008