

Saúde Mental na Atenção básica? Uma proposta em construção?

Rodrigo Fernando Presotto – Aluno do Programa de
Aprimoramento Profissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva
Supervisoras - Rosana Onocko Campos e Lílian Miranda
FCM - UNICAMP

Saúde Mental na Atenção básica? Uma proposta em construção?

Introdução

O seguinte texto tem como intuito fazer uma reflexão a partir de uma experiência prática, vivenciada por um psicólogo em um Centro de Saúde localizado na área pertencente ao Distrito de Saúde Sudoeste do município de Campinas (SP) durante o ano de 2007. Esta atividade foi possibilitada devido à realização do Aprimoramento em Saúde Mental no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas. Tal reflexão busca problematizar alguns aspectos da forma como a Saúde Mental, amparada pelos desdobramentos decorrentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), se insere no cotidiano de um serviço da Atenção Básica de Saúde (ABS).

1. Breve Histórico

O SUS brasileiro fruto de enorme mobilização social vivida na retomada do processo democrático que culminou com o término do período de ditadura militar no final da década de 80, tem sido gradativamente implementado, buscando assegurar à população uma assistência de qualidade em que os seus princípios norteadores sejam, efetivamente, respeitados (universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização e controle social). Contudo, sabemos que a conjuntura em que o mesmo está se desenvolvendo é bastante complexa devido a elementos presentes no contexto social, econômico e político de nosso país. Tais como desigualdades sócio-econômicas, desvalorização dos trabalhadores de saúde, falta de infra-estrutura física e de profissionais, baixo investimento em educação permanente, modelos de gestão centralizados e verticais entre outras coisas. Todavia, mesmo com estas dificuldades este modelo

tem se desenvolvido e comprovado que é possível proporcionar uma assistência pública e de qualidade aos seus usuários.

Este sistema (SUS) traz em seu bojo, como proposta, propiciar alternativas e respostas às necessidades de saúde da população, já que preconiza uma atenção territorializada e comprometida com a demanda existente em sua área de abrangência. Sendo assim, diz Bezzerra Júnior:

“Uma política de saúde progressista, comprometida com o atendimento de exigências de saúde da população deveria então procurar tornar acessíveis às camadas menos privilegiadas da população, o maior número de procedimentos, técnicas e bens que assegurem a manutenção ou a recuperação dos níveis de saúde.” (Bezzerra Júnior, 2000)

Nesse sentido, ainda segundo Bezzerra Júnior:

“É possível compreender a ampliação da rede ambulatorial em saúde mental como uma resposta adequada que o sistema de saúde dá ao inevitável aumento das necessidades de saúde da população.” (Idem)

A partir desta orientação, algumas cidades brasileiras adotaram a presença de profissionais de saúde mental em suas equipes, o que possibilitou problematizar demandas existentes que até então eram tidas como naturalizadas, ou seja, que antes eram atribuídas a fatores unicamente sociais, pertencentes a determinado contexto ou região. O fato destes profissionais, lançarem um olhar diferenciado a estas questões, permitiu que outras possibilidades fossem abertas para compreensão dessa demanda, ou seja, outro olhar e sendo assim, novas possibilidades de intervenção frente ao sofrimento psíquico destes sujeitos que buscam assistência na Atenção Básica.

Neste ponto, porém, várias questões são colocadas, Como fazer isso? Quais estratégias? Como conciliar o conhecimento destes profissionais com o restante das equipes interdisciplinares? Será que estes profissionais somente atuam numa lógica ambulatorial na atenção básica?

Antes de aprofundar a discussão destas questões gostaria de apresentar um panorama geral, da história recente da saúde mental no Brasil, sem o qual não seria, neste momento, possível fazer a discussão que este texto se propõe. Pois, a mudança do paradigma até então hegemônico, a relevância da criação de outros

serviços de assistência em saúde mental e a presença de seus profissionais em outros espaços de atenção e cuidado em saúde (tais como a Atenção Básica), só foi possível graças ao processo de transformação gerado a partir dos acontecimentos decorrentes da intensa mobilização vivida nas décadas anteriores a atual.

2. A Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil

Influenciado por experiências oriundas de outros países (Psiquiatria democrática italiana, psiquiatria comunitária, movimento das comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, entre outras) o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira tal como conhecemos, hoje em dia, teve seus primórdios em meio ao período da luta pela redemocratização nacional, na segunda metade da década de 70, em um contexto de emergência das críticas a assistência oferecida pelo estado para a saúde da população, além de um processo de questionamento estrutural à forma como o governo de nosso país administrava e financiava os gastos públicos em saúde. Acerca disso postula Tenório:

“... surgem as denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, o que é mais importante para o posterior movimento da reforma, as denúncias do abandono, da violência e dos maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos muitos e grandes hospícios do país.”. (Tenório, 1999)

Em 1978, impulsionado por este momento histórico, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que agregava reivindicações trabalhistas e uma bandeira de luta baseada no processo de humanização da assistência. Este movimento, segundo destaca Tenório, “... alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial.”. (Idem)

Durante a década de 80, apoiado pelo avanço do movimento sanitário a luta pela reforma psiquiátrica também se expande, principalmente após 1982, com a vitória dos opositores nas eleições para o governo em vários estados

brasileiros, o que possibilitou até a “(...) “co-gestão” dos hospitais psiquiátricos do país,(...)” (Ibidem).

O ano de 1987 foi um marco para o MTSM, pois, nesse ano foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, tais eventos além de propiciar a participação de novos protagonistas neste movimento, permitiram que novas estratégias para o desenvolvimento de ações pudessem ser discutidas e criadas com a intenção de tentar efetivamente implantar as medidas reivindicadas que até então não haviam sido implementadas devido à resistência da iniciativa privada, o aparato manicomial, a estrutura burocrática estatal e as alas conservadoras da psiquiatria.

A partir deste momento a estratégia adotada deixa de ser reformista do sistema de saúde e passa a ser uma postura de ruptura, tendo a desinstitucionalização como princípio norteador. Um novo lema é criado: “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”:

“Estabelece-se um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o 'ato de saúde', que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo.” (Tenório, 1999)

A crítica, então, coloca-se ao modelo e saber psiquiátricos e o movimento passa a contestá-lo, tendo agora também como protagonistas usuários e familiares da SM. A ação é na esfera da cultura e o Movimento passa a ser denominado Antimanicomial.

Este momento também foi importante porque propiciou, posteriormente, a criação da lei que ficaria conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (projeto de lei 3.657 de 1989) que, entretanto, só seria aprovada na Câmara Federal dos Deputados em 6 de janeiro de 2001.

Este projeto de lei, concebido num momento de grande efervescência, problematização, militância e contestação no campo saúde mental brasileira,

curiosamente produziu uma intensificação enorme das discussões acerca desta temática no país, ou seja, teve um efeito de lei sem ser aprovado.

Em continuidade a este processo, na década de 90 iniciou-se o desmonte da estrutura asilar e houve o aparecimento das primeiras experiências de modelos de assistência substitutivos a esta rede, ou seja, serviços de saúde mental que operavam em uma lógica diferenciada àquela tradicionalmente utilizada pela psiquiatria. Ambas se deram no estado de São Paulo, na capital, através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Luiz da Rocha Cerqueira” e na cidade de Santos por intermédio dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Tais experiências representaram o pontapé inicial na prática para a transformação do modelo psiquiátrico em modo psicossocial, que vivemos até os dias atuais com suas dificuldades, peculiaridades e seus sucessos.

Sabemos que a batalha ainda está em curso. Os CAPS já são uma política pública federal, cidades como Campinas possuem profissionais trabalhando na Atenção Básica (Centros de Saúde), existe uma legislação a nível nacional específica para o campo da SM, entre outras coisas. Muito já se mudou, entretanto, muito ainda permanece.

3. A Atenção Básica de Saúde (A Atenção Primária de Saúde)

“A Conferência Internacional de Saúde, realizada em Alma-Ata (URSS), em 1978, proclamou que a “atenção primária de saúde” seria o meio pelo qual se alcançaria o objetivo de fornecer “Saúde Para Todos no Ano 2000”, por meio de métodos e técnicas práticas, cientificamente validas, socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis ao indivíduo, à família e à comunidade, com plena participação desta própria comunidade” (Moraes Novaes, 1990)

O termo atenção primária foi cunhado por Bertrand Dawson, médico real e general do Império Britânico, através do relatório publicado em 1920 que tinha como proposta repensar as formas de organização dos serviços de saúde ingleses. Dawson, nesta época, era também membro do Conselho Consultivo Médico do Ministério da Saúde daquele país. Em sua concepção, a APS fora pensada como integrante de um sistema regionalizado que tinha como premissa “(...) coordenar aspectos preventivos e terapêuticos numa zona específica (...)”

(Idem), pois, se acreditava que dessa maneira seria possível atender de forma mais efetiva as demandas de saúde da população baseada na maior proximidade entre profissionais e seu território de ação. Segundo o mesmo relatório a “disponibilidade geral dos serviços médicos” - que se pensado pelo prisma do contexto atual seria a disponibilidade geral dos serviços de saúde - deveria estar pautada em um modelo de organização distribuído “(...) em função das necessidades da comunidade.” (Ibidem)

Da maneira como foi concebida a APS ou, no sistema brasileiro, a ABS seria então a porta de entrada do sistema de saúde, onde o usuário teria o primeiro contato, no nosso caso, com o SUS. Para Dawson as medicinas, preventiva e curativa eram indissociáveis, devendo caminhar juntas, com o intuito de garantir uma melhor coordenação das ações realizadas pelos serviços de saúde.

4. O cotidiano na Atenção Básica, uma experiência vivida na prática

Segundo aponta 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é de responsabilidade da atenção básica o cuidado de 80% das necessidades de saúde da população e entre elas também esta inserida a saúde mental.

4.1. O Centro de Saúde Aeroporto: Uma visão panorâmica

A cidade de Campinas subdivide-se em 5 distritos de saúde: Norte, Noroeste, Leste, Sudoeste e Sul. Tal divisão visa, entre outras coisas, orientar as ações em saúde de acordo com a necessidade/demanda existente em cada área de abrangência. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde cada distrito é referência a aproximadamente 200 mil habitantes, entretanto existem distritos que possuem populações significativamente maiores que outros.

Como já relatado anteriormente o serviço em que estive localizava-se na área pertencente ao Distrito de Saúde Sudoeste, o Centro de Saúde Jardim Aeroporto (C. S. Jardim Aeroporto). Esta unidade possui 3 equipes do Programa

de Saúde da Família (PSF) e atende a uma região de periferia do município, onde a população dispõe de poucos recursos sociais, culturais e quanto aos econômicos, segue a linha geral da distribuição de renda em nosso país, alguns possuem recursos que os possibilita ter uma vida estruturada, contudo a maioria possui baixos ou, então, não possuem quase nenhum recurso para sobreviver.

A porta de entrada do CS aos usuários é o acolhimento, normalmente os profissionais responsáveis pela sua realização são auxiliares de enfermagem, porém, outros profissionais da equipe interdisciplinar também podem fazê-lo. Cada equipe de referência possui o seu acolhimento. Neste espaço as pessoas serão recebidas quando vem ao serviço, funciona como uma entrevista inicial em que os profissionais podem conhecer melhor os usuários, acolher a queixa apresentada, organizar o fluxo interno da unidade (encaminhamento para procedimentos de enfermagem, agendamento de consultas, entre outros), realizar a primeira avaliação sobre o estado de saúde daqueles que procuram assistência, fazer orientações à população e, caso seja necessário, priorizar alguns atendimentos em função de sua gravidade.

Na época em que iniciei minhas atividades, março de 2007, o CS possuía uma equipe de saúde mental formada por um psiquiatra, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. Todavia, havia no serviço outros profissionais que por identificação, pelo cotidiano e capacitação, também, se transformaram em referências para este campo.

Gradativamente, fui me inserindo na rotina daquele serviço, com o intuito de conhecer melhor sua estrutura de funcionamento, as atividades desenvolvidas e a população atendida. Em suma, o território onde adentrava.

Dia a dia, me integrava a este cotidiano o que me permitia conhecer melhor o trabalho daqueles profissionais. Foi, através do acompanhamento ao trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que pude conhecer melhor a região atendida pelo CS. Visitas domiciliares a pacientes, buscas ativas com o intuito de combater e prevenir focos de dengue, aliás, o ano de 2007 foi ano de epidemia recorde, até então nunca ocorrida no município. Estas visitas possibilitam conhecer as pessoas em seu domicílio, o que é determinante para melhor

compreensão da realidade dos sujeitos, permitindo trabalhar a assistência numa perspectiva mais integral que a propiciada pelo recorte da clínica tradicional.

Uma vez por semana as equipes de referência realizam suas reuniões. Este momento é muito importante, pois é neste espaço que os profissionais podem programar e planejar melhor suas ações, discutir casos clínicos e problematizar questões referentes ao cotidiano no serviço. Uma vez ao mês ocorre a reunião geral entre todos os profissionais da unidade.

Neste serviço são desenvolvidas também atividades, coordenadas por diferentes profissionais, que demonstram a efetiva preocupação desta equipe com a sua responsabilidade de promoção de saúde, ou seja, união entre prevenção e assistência. Tais como grupos de convivência de mulheres e homens, grupo de artesanato, grupos de hipertensos (para pacientes que sofrem de hipertensão), aulas de Lian Gong (ginástica chinesa, recomendada para pessoas que tem problemas de coluna, artrites e artrose), grupo de caminhada, grupos terapêuticos, grupo de relaxamento, grupo de alcoolistas e dependentes químicos, entre outras atividades. Integram também o cotidiano deste serviço ações realizadas em outros espaços da comunidade, como o grupo de discussão de sexo e sexualidade e visitas dos profissionais de odontologia, realizados nas escolas infantis, de ensino fundamental e médio da região.

4.2. A demanda produzida socialmente

Não foi preciso muito tempo para perceber que a temática saúde mental, não era das preferidas no cotidiano deste serviço. Casos complicados, pacientes refratários, poliqueixosos, dificuldades no acolhimento etc. Eram inúmeros os elementos problemáticos apresentados pela equipe com relação esta população, porém esta é uma clientela a ser assistida e a Atenção Básica tem um grande potencial para isto. Através de relatos de membros da equipe foi possível perceber, que tais casos eram uma demanda desconcertante para o serviço e que muitos profissionais tinham dificuldades para lidar com os usuários que necessitam de tal atenção, por exemplo, devido à insegurança ou por julgarem

que não tem formação adequada para lidar com determinados casos, entre outras coisas. O fato é que esta situação, na prática, faz aumentar de forma considerável o número de casos direcionados a SM. Muitos não são necessariamente demanda de saúde mental, contudo têm sido acolhidos.

Mas que demandas são estas? Por que, então, se não são demandas específicas da SM, qual é a razão de serem assumidas como tal?

A partir disto, foi criado pelos profissionais de referência para dar um maior suporte às equipes e aos profissionais que estão no acolhimento, dentre outras coisas, um roteiro para o acolhimento em saúde mental, o qual consiste em um guia para facilitar esta atividade, sem ter a premissa de ser um instrumento rígido, mas sim um norteador com elementos relevantes de serem abordados em uma entrevista inicial. Este instrumento, somado as outras ações desenvolvidas junto às equipes (tais como reuniões e discussões de caso), qualificaram bastante os encaminhamentos à SM, todavia, ainda existem casos, cuja origem deve-se a um aglutinamento de fatores de natureza diversa, demandantes de ações muito mais amplas que a terapêutica oferecida pelas equipes de SM e a Atenção Básica de Saúde, e que, contudo, tradicionalmente têm sido acolhidos como de responsabilidade do campo da SM e este serviço não foge a regra.

Bezerra Júnior, em texto que problematiza as práticas de assistência ambulatoriais em SM, denomina tal demanda como “produto social”, ou seja, resultado da combinação entre vários elementos presentes no contexto social, político e econômico em que as pessoas ou sujeitos estão inseridos. Acerca disto, o mesmo comenta:

“(…) a demanda crescente de unidades psiquiátricos-psicológicos longe de ser um fato natural é socialmente forjada. Forjada pela condição de miséria e exploração impostas à maioria da população que, sem alternativas políticas adoece (porque sucumbe à patologia sob pressões psicológicas insuportáveis ou como estratégia de sobrevivência através do benefício previdenciário); forjada pela estrutura de relações de produção capitalista que alienam o ser humano dos produtos de seu próprio trabalho e transformam sua existência numa estória sem sentido; e forjada pelo próprio aparelho médico na medida

em que vai paulatinamente incorporando novos espaços sociais sob sua tutela.” (Bezerra Júnior, 2000).

Um dos elementos apontados pelo autor em sua reflexão liga-se ao fato de que gradativamente o “o aparelho médico”, se pensado em nossa realidade poderíamos pensar nas práticas de saúde, é um dos responsáveis pela transformação desta demanda em algo que possa ser tratado ou curado, quando na realidade isto representa um sintoma do adoecimento provocado pela forma como estão dispostas as relações em nossa sociedade. À medida que o problema é individualizado atribui-se aos sujeitos um problema ou no caso da SM um distúrbio ou transtorno que, em tese, são resultantes de elementos a que estes se encontram submetidos e que na maior parte dos casos, os mesmos, têm muito pouca autonomia e crítica para reconhecer e tentar de alguma maneira transformar tal lógica com o intuito de extinguir o sofrimento que estão vivenciando.

Muitas vezes os profissionais de SM, através de elementos propiciados por sua formação e suas ferramentas, propõem-se a encontrar soluções para estes problemas. Tal abordagem pode, em muitos momentos, ao invés de agir na origem do sofrimento produzir uma atenuação de seus efeitos fazendo com que os sujeitos possam se readaptar a realidade produtora deste mesmo sofrimento, por mais bem intencionados e engajados que os profissionais de referencia sejam.

“Enquanto não se puder superar a desigualdade, a opressão, e a alienação inerente à sociedade capitalista, os terapeutas nada mais farão do que cumprir a triste sina de reprodutores do sistema social do qual são ao final de contas representantes: despolitizar os conflitos, tutelar os desviantes, psiquiatrizar as demandas sociais, etc.” (Idem)

Apesar do oferecimento de uma série de atividades de caráter preventivo e terapêutico que fogem ao padrão convencional, durante meu percurso pude perceber que esta situação também se perpetrava no CS Jardim Aeroporto. Muitos dos casos encaminhados aos profissionais de SM não eram necessariamente demanda deste campo, contudo, dada falta de recursos outros que pudessem

acolher e dar suporte as demandas apresentadas, eram estes profissionais que assumiam os casos, devido ao fato da sintomatologia dos casos não ter explicação clínica que justificasse, em tese, seu acompanhamento por outros profissionais da equipe.

Pode-se dizer também que existe uma dificuldade por parte dos profissionais de saúde para acolher demandas que estão ligadas a questões subjetivas, ou seja, quando a queixa está presente e, entretanto, apresenta-se como algo de outra ordem que se instala como sintoma físico a partir de uma representação psíquica e não devido à presença de um agente externo ou, por exemplo, através do definhamento em decorrência de um tumor. Sendo assim, a abordagem necessária deixa de ser prescritiva e demandando alternativas terapêuticas que muitas vezes são atribuídas somente aos profissionais do núcleo de saúde mental, quando na realidade, este enfoque dito “subjetivo”, deveria também estar presente na formação e ação de todos os outros profissionais que atuam na área da saúde.

Então o que fazer? Pois, embora muitos pacientes não apresentassem demandas específicas de SM era visível o fato de que, estes sujeitos, apresentavam intenso sofrimento psíquico e necessitavam de assistência.

4.3. Do período de crise as novas alternativas e soluções

Durante o ano de 2007 o CS Jardim Aeroporto foi bastante desfalcado do seu quadro de profissionais, principalmente médicos, o que comprometeu significativamente a qualidade da assistência oferecida, pois alguns destes profissionais não foram substituídos. Como, por exemplo, os médicos generalistas que a unidade possuía três e agora conta com a retaguarda de um. Na área de SM saíram o psiquiatra e a terapeuta ocupacional.

Durante muito tempo este serviço contou com um quadro privilegiado em sua equipe de SM. Segundo relatos da equipe, este CS há alguns anos funcionava como referência a outros CS da região e por isso possuía uma equipe que chegou, em determinado momento, a ser composta por três psiquiatras e dois

psicólogos. Todavia, desde que foi adotada a formação de equipes mínimas de SM em quase todos os CS do município esta configuração inicial tida no Aeroporto se modificou, pois as áreas que este fazia referência, agora já contam com equipes de SM.

Em oposição a este momento vivido anteriormente a situação atravessada pelo campo da SM neste serviço durante o ano de 2007 foi de “crise”, mas por que “crise”? Esta situação foi gerada em razão da maneira como a assistência estava estruturada neste serviço e a exigência de sua reorganização devido aos acontecimentos vividos neste ano.

A maior parte dos usuários ou pacientes que faziam acompanhamento com o psiquiatra tinha seu projeto terapêutico principalmente estruturado em função das consultas, ou seja, o acompanhamento ambulatorial. Isto se devia a forma como tradicionalmente os profissionais deste núcleo profissional organizavam suas atividades. Após, então, a saída do profissional de referência o CS teve dificuldades para assumir todos os casos acompanhados por este profissional, no que diz respeito principalmente à terapêutica medicamentosa, pois já nesta época contava apenas com um clínico generalista. Tal fato, portanto, exigiu que a equipe tomasse uma postura diferenciada com relação a esta população que continuava buscando a assistência tradicionalmente oferecida que o serviço, por sua vez, não tinha mais condições de oferecer.

Novos arranjos institucionais foram pensados e o que se percebeu, foi que a equipe do CS como um todo se mobilizou bastante no sentido de apropriar-se mais tomando ciência destes casos e conhecendo melhor esta população e sua necessidade. Um psiquiatra foi enviado pelo nível central do Distrito de Saúde Sudoeste para fazer o acompanhamento destes casos, porém com uma carga horária bem reduzida e sendo assim uma nova configuração seria necessária, visto que, o mesmo não teria tempo hábil para realizar tal atividade como o fazia seu antecessor contratado permanentemente para a unidade. Isto, aliado a uma concepção diferenciada que este profissional tinha da assistência psiquiátrica causou bastante estranhamento na população assistida, haja vista tal profissional ter iniciado uma grande reavaliação no projeto terapêutico dos pacientes.

Bem, e quanto aos outros profissionais de SM? Com relação a estes profissionais, no caso uma psicóloga e um psicólogo aprimorando de saúde mental, além de dar continuidade aos acompanhamentos e atividades já assumidos e em desenvolvimento, passaram a organizar um Grupo de Referência na unidade. Tal grupo foi é uma adaptação para a realidade deste CS de um dispositivo já existente nos Centros de Atenção Psicossociais de Campinas (CAPS). Esta atividade consiste em um encontro quinzenal entre usuários da SM e seus profissionais de referência do serviço, neste caso do CS Jardim Aeroporto.

Esta atividade propiciou em primeiro lugar conhecer melhor os usuários que fazem acompanhamento no CS e também se tornou um canal de problematização e acompanhamento entre pacientes e profissionais. Onde tem sido possível discutir medicação, almejando conscientizar os sujeitos quanto à necessidade ou não de seu uso, pois este espaço conjuntamente a outras atividades enfoca o processo terapêutico através da busca de uma reflexão sobre o cotidiano em que, sim a medicação tem um sentido, mas dentro de um contexto que envolve outras ações, visando dessa forma tentar responsabilizar os usuários pelo seu tratamento.

Uma forma encontrada pela equipe para buscar maior adesão a tal iniciativa foi de atrelar a prescrição da medicação à participação no grupo devido ao fato de que grande parte da população já habituada com a antiga forma de tratamento resiste à participação no atendimento nesta nova disposição.

Os resultados obtidos por intermédio desta atividade têm se mostrado bastante efetivos, uma vez que tem permitido aos profissionais, refletir e pensar agora numa relação mais próxima em como equacionar a assistência àqueles que realmente necessitam e buscar, gradativamente, novas alternativas a usuários que estão em continuidade no tratamento devido à estrutura anteriormente citada, pessoas que se vincularam a SM por dificuldades e questões de ordem diversas e que encontram neste campo respaldo e acolhimento para o problema que os aflige sem, entretanto, encontrar solução ou cura pra os mesmos.

5. Conclusão

No decorrer deste ano de aprimoramento pude experimentar em diferentes espaços a assistência na prática. Desde o atendimento clínico, em grupos (como de alcoolistas e o de referência) até grupos de prevenção como de sexo e sexualidade na escola, visitas domiciliares etc. Tais atividades no CS Jardim Aeroporto permitiram vivenciar o potencial existente na Atenção Básica de Saúde e também as dificuldades para sua efetivação.

Durante este percurso foi possível reconhecer alguns elementos essenciais para o desenvolvimento das ações em saúde neste serviço. Não só relacionadas à assistência em saúde mental, mas também as todas as outras ações em saúde desenvolvidas.

Acredito que um destes elementos seja a necessidade contínua de reflexão e problematização da assistência oferecida. Com o intuito de buscar sempre novas alternativas terapêuticas para a demanda atendida. Entretanto não há como não reconhecer que os profissionais que integram este serviço não enfrentem enormes dificuldades para a realização de tal missão. Estes estão submetidos a uma grande carga de trabalho e ainda têm que lidar com a falta de condições adequadas para desenvolvimento de suas atividades.

Mesmo com tais adversidades é necessário que o hábito de refletir sobre a prática seja mantido, pois é somente a partir desta atitude que surgirão alternativas que busquem atender de maneira mais integral as necessidades de saúde da população ou que reconheçam que nem todas as demandas encaminhadas à saúde são de sua responsabilidade. É fato que o contexto sócio-político e econômico é um agente que agrava a situação vivida pela população gerando em muitos casos o processo de adoecimento. Todavia não há como não se sensibilizar pelo sofrimento psíquico atravessado pelos sujeitos, sendo assim é necessário que outras alternativas sejam encontradas em parceria com outras áreas como Assistência Social, Educação entre outros, visando formar redes que possam dar maior continência e atender mais efetivamente tais necessidades, situação que acontece em alguns casos no decorrer deste ano no CS e que poderia sempre e repetir. É necessário também ter o esclarecimento de que

mudanças macro-políticas são vagarosas e que por hora temos que nos habituar com a condição que enfrentamos e tentar encontrar soluções a partir do que temos governabilidade, ou seja, a partir do que nos é possível e temos influência, mas continuando sempre a militar para que tais transformações, no âmbito político, social e econômico aconteçam.

Foi a partir da falta de um profissional que a atenção em SM foi reestruturada neste CS, pois exigiu que novas estratégias fossem implantadas e estas mobilizaram a equipe da unidade como um todo. Todavia isto não significa que a presença de tal profissional e outros sejam dispensáveis ao serviço. A falta deles compromete bastante a assistência oferecida à população à medida que sua ausência inviabiliza ações que dependeriam da atuação de todos os profissionais de forma complementar.

Outro elemento importante para o desenvolvimento da assistência está ligado à continuidade do desenvolvimento das ações preventivas em saúde, eixo fundamental na prática da ABS, e de convivência que visam melhorar a qualidade de vida dos usuários da saúde.

Acredito que assim como o SUS a assistência em SM e sua integração ao cotidiano da ABS encontram-se em curso, se desenvolvendo e consolidando com passar do tempo, isto é possível perceber se observado os avanços que foram conseguidos ao longo dos anos dentro do histórico de luta pela transformação do modelo de assistência no campo da Saúde Mental Brasileira e os avanços que o Sistema Único de Saúde tem conseguido no panorama nacional, principalmente também, se pensado em todo processo histórico que envolveu seu surgimento, implantação e que, neste momento está garantindo seu desenvolvimento e ampliação.

Referências Bibliográficas

MORAES NOVAES, H., 1990. Ações integradas nos sistemas de saúde – SILOS. São Paulo: Editora Pioneira de Administração e negócios.

BEZZERRA JÚNIOR B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.A e COSTA, NR (org), 2000. Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil. 6ed. Petrópolis: Editora Vozes.

TENÓRIO F., 1999. A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro: IPUB-UFRJ.

Brasil, Ministério da Saúde, 2003. Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Coordenação geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica.

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde, 2005. Saúde Mental na Atenção Básica em Campinas. Campinas: Colegiado de Saúde Mental.