

# Unidade 2

## O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica

**Autores:**

Marcos Aurélio Maeyama

Marceli Maria Rissi

Marlon Alexandro Steffens Orth

# O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica

## OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Revisar os atributos da APS e correlacionar com o cuidado em saúde mental.

### Que Atenção Básica queremos?

Apesar da Atenção Básica ter iniciado há mais de 20 anos no Brasil, e ter uma política que a regulamenta com diretrizes sobre sua organização, o que temos visto Brasil afora é uma diversidade de formas de implementação das equipes. Uma pesquisa realizada por Gêrvas e Fernández (2011) em 19 estados do Brasil, demonstrou a persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, repercutindo um modelo rígido e fragmentado na área, com elevado número de encaminhamentos, permanecendo um modelo centrado na doença, ainda com baixa resolubilidade e baixa responsabilização.



Para que de fato a Atenção Básica seja resolutiva e de qualidade, não basta implantar uma equipe próxima onde as pessoas vivem. Isso por si não muda modelo e não garante um bom resultado sanitário. Conversaremos a partir de agora sobre como as equipes de Atenção

Básica podem atuar para garantir bons resultados.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Atenção Básica deriva das discussões ocorridas na década de 1970 que sistematizaram a Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante de sistemas de saúde. A designação Atenção Básica, tomada pelo governo brasileiro, objetiva contrapor-se a proposta político-ideológica da Atenção Primária Seletiva destinada às populações pobres, adotada por muitos países do terceiro mundo, e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para

## Unidade 2

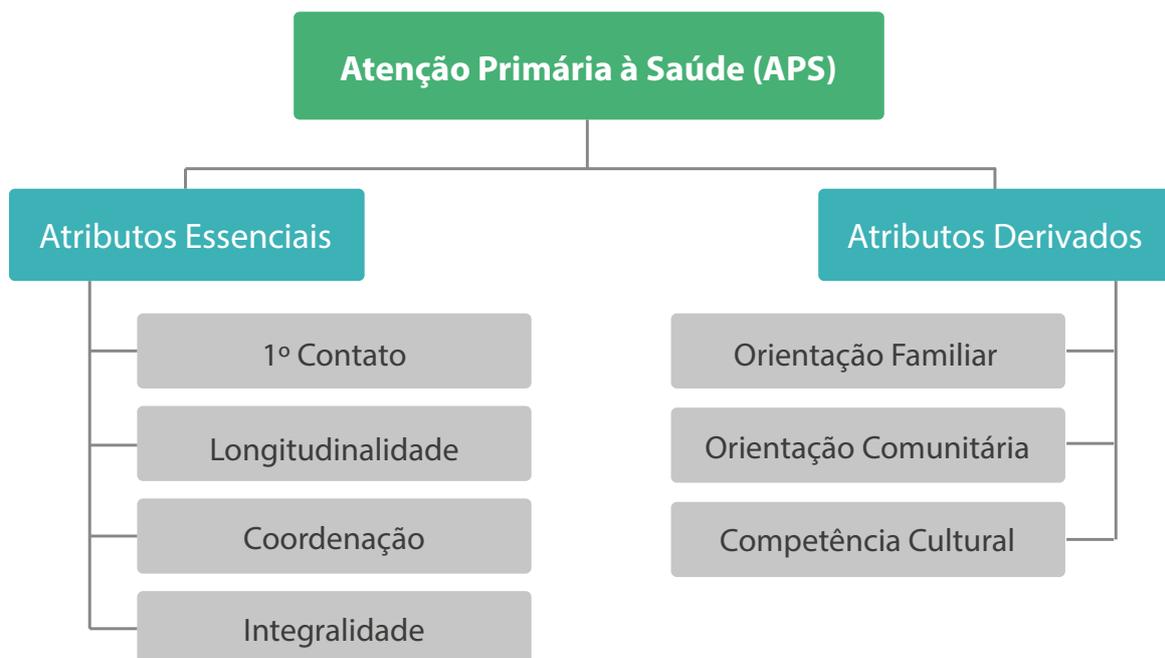
um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MENDES, 2012). Trata-se, portanto, de uma Atenção Primária à Saúde Abrangente.

A **Política Nacional de Atenção Básica** define: A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Fica claro que a Atenção Básica se contrapõe ao modelo biomédico, porém, na prática, desde a sua implantação com o Programa de Saúde da Família em 1994, hoje Estratégia Saúde da Família, mesmo melhorando e facilitando o acesso da população, como demonstrou a pesquisa citada anteriormente, as equipes de saúde da família ainda permanecem focadas na atenção curativa, ainda que as diretrizes apontem a integralidade como eixo das práticas de saúde.

A americana Bárbara Starfield, buscando identificar os elementos fundamentais para que de fato a APS apresentasse uma atenção que respondesse as necessidades das populações, realizou um estudo a partir de várias experiências em diversos países que implementaram a APS nos seus sistemas de saúde e elencou os atributos essenciais e derivados da APS, como podemos ver na figura abaixo (STARFIELD, 2002; OPAS, 2007):

**Figura 3.** Atributos da Atenção Primária à Saúde



**Fonte:** Starfield, 1992.

## Unidade 2

Esta APS ou Atenção Básica que desenvolve tais atributos é capaz de resolver até 85% de todos os problemas, inclusive os de saúde mental.

### 1º Contato

O **primeiro contato**, mais do que a porta de entrada do sistema, significa que ela deve ser a porta preferencial do sistema. Para que ela seja preferencial para as pessoas, a Atenção Básica deve respeitar o princípio da **universalidade**, e mais do que isso, ela deve ser acessível e acolhedora (CUTOLO, 2009).

**Universalidade:** A universalidade pressupõe a garantia do direito ao acesso as ações e serviços, conforme estabelece a constituição (BRASIL, 1988).

Ser acessível significa que a pessoa deve conseguir obter facilmente os cuidados sempre que necessário (BRASIL, 2012), seja num acompanhamento de rotina, seja numa situação de urgência.

Além de facilitar o acesso, este deve se dar de forma acolhedora, o que implica em um atendimento humanizado, e garantia de uma escuta qualificada com o compromisso de atender as necessidades expressas pelo usuário (MERHY, 1997), o que nem sempre se resume a uma consulta médica ou atendimento da unidade, e ainda considerar que nem sempre a pessoa consegue verbalizar sua real necessidade.



As pessoas em sofrimento mental geralmente se apresentam em um grau maior de vulnerabilidade. Nesse sentido, a facilitação do acesso e o acolhimento são fundamentais para que a equipe se torne a referência e a preferência para estas pessoas. No acolhimento, um cuidado que a equipe deve ter é de não fazer um julgamento a partir de uma crença pessoal do profissional. O que é importante para uma pessoa, pode não ser para outra. O acolhimento pressupõe uma valorização da queixa do paciente, especialmente quando diz respeito às questões emocionais. Independente da pessoa apresentar ou não uma doença classificada no Código Internacional de Doenças (CID-10), ela deve ser acolhida e receber uma resposta para a queixa ou problema apresentado.

Ao se tornar referência para a busca de resposta para as suas necessidades, a equipe tem condições de garantir a continuidade das ações a serem realizadas, é a **longitudinalidade do cuidado** (CUTOLO, 2009).

# Longitudinalidade

A **longitudinalidade** pressupõe a responsabilidade da equipe perante as pessoas e comunidade de sua área ao longo do tempo e de forma permanente, independente de problemas específicos ou do tipo do problema e, até mesmo, da ausência de problemas (BRASIL, 2012).

Com o passar do tempo, os profissionais e as pessoas da comunidade passam a se conhecer melhor, gerando uma relação sustentada pelo vínculo, que pressupõe confiança e conhecimento, na qual os valores e preferências das pessoas são levados em consideração (STARFIELD, 2002). Isso na prática significa que o profissional tem condições de responder muito melhor as necessidades das pessoas.



No campo da saúde mental, a longitudinalidade permite conhecer a biografia das pessoas, o que permite realizar ações de promoção da saúde e prevenção, mas também implica em se responsabilizar por elas, por suas angústias e sofrimentos, o que significa realizar acompanhamento para os casos agudos ou crônicos, considerando sempre o contexto em que os problemas acontecem. Entender o contexto dos problemas nos remete a outro atributo, a integralidade.

# Integralidade

A **integralidade** é um dos pilares da construção do SUS e possui várias dimensões: o sentido mais imediato é atender as necessidades do outro (CECÍLIO, 2001). As necessidades são do “outro”, portanto, quem deve atribuir o que é necessidade é o “outro”, e não o profissional de saúde como comumente fazemos nas unidades de saúde.

Estas necessidades devem ser vistas dentro de um contexto ampliado de ver e conceber o processo saúde-doença, que considere a partir da determinação social, a interferência do condicionante ecológico-ambiental e do desencadeador biológico (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Apreender estas necessidades implica em superação da clínica tradicional reducionista para uma clínica ampliada que considere a singularidade das pessoas e o contexto (CUNHA, 2005). A apreensão de necessidades ampliadas só é possível a partir de uma prática que permita que as pessoas possam, de fato, falar sobre seu problema. O tipo de pergunta que o profissional faz para seus pacientes determina a abrangência do que se pode saber sobre o problema.

## Unidade 2

Buscar por sinais e sintomas, permite fazer um diagnóstico de doença e a necessidade que se apresenta quase sempre é medicamentosa. Entender o contexto em que a doença ocorre, permite identificar a causa do problema, e com ela, outras necessidades se apresentam.

A apreensão ampliada de necessidades exige respostas igualmente ampliadas, que superam a exclusividade da clínica (recuperação e reabilitação), considerando também a prevenção e a promoção da saúde (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Esse conjunto de ações faz com que todos os profissionais sejam devidamente reconhecidos, portanto, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde bucal, médicos e equipe de NASF, sejam igualmente importantes. Mas mais do que a diversidade, a integração entre os profissionais é fundamental, portanto, exige trabalho em equipe.

Além disso, os problemas de saúde têm relação direta com as condições de vida das pessoas, portanto, exige também abordagem intersetorial, pois só os serviços de saúde não terão a potência de interferir positivamente nas causas dos problemas (CUTOLO, 2006).



Na saúde mental, a integralidade pede a superação da clínica tradicional que trabalha na lógica sinais-sintomas / diagnóstico / tratamento medicamentoso, para uma clínica que identifique o “por que” do sofrimento mental, singularizando a pessoa e o seu problema. Não se trata de uma depressão ou de uma ansiedade, mas sim de uma pessoa que está com depressão ou uma pessoa que está ansiosa. E as respostas devem considerar todo o arsenal possível e necessário para cada caso, incluindo desde medicamentos (quando necessário), conversas, psicoterapia, atividades ou ações que interfiram na causa do problema, que por vezes necessitam de trabalho de grupo, interdisciplinar ou intersetorial.

Na integralidade a orientação comunitária, a centralidade na família e a competência cultural já estão garantidas, uma vez que as práticas são desenvolvidas a partir das necessidades expressas e do contexto as quais elas estão inseridas, ou seja, considera território, cultura e família.

# Coordenação do cuidado

Já a **coordenação** do cuidado é a organização dos atributos da Atenção Primária. É uma gestão do processo de trabalho da equipe que otimiza os demais atributos, que dinamiza os fluxos, que acompanha, que encaminha, que produz ações integradas, que acolhe e promove resolubilidade (CUTOLO, 2009).

Coordenar o cuidado tem ainda o sentido de se responsabilizar pelas necessidades que cada caso exige. Implica no reconhecimento de que muitos problemas requerem seguimento constante dentro da rede de atenção, seja no domicílio, na unidade básica de saúde ou em outros serviços, e cabe à equipe garantir o melhor cuidado possível, seja por meio de processo educativo, encaminhamento seguro, atenção compartilhada, atenção individual ou trabalho com grupos.

Quanto maior o grau de implementação destes atributos, melhores serão os resultados sanitários, e desta forma, para uma APS abrangente e de qualidade, a operacionalização integral dos atributos em qualquer prática de saúde neste nível de atenção, incluindo a Saúde Mental, é condição sine qua non (STARFIELD, 2002).

## CONCLUSÃO

Nesta unidade de aprendizagem, revisamos os atributos da APS e os correlacionamos com o cuidado em saúde mental.

É importante que você, profissional atuante na ABS, reflita sobre formas de garantir a prática destes atributos também no acolhimento e cuidado integral às pessoas em sofrimento mental, realizando um trabalho multiprofissional e longitudinal e assumindo a responsabilidade por coordenar o cuidado na rede de atenção, quando necessário.

Vamos discutir na próxima unidade como organizar este cuidado às pessoas com sofrimento mental na ABS, de acordo com os seus atributos.

