

## **SAÚDE PÚBLICA: A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2**

NOSSO ENSAIO: DISTRITO SANITÁRIO DA RESSACA - CONTAGEM – MG - BRASIL

**Milton dos Santos Bicalho<sup>1</sup>**

### **RESUMO**

Esse texto inicialmente foi elaborado para um trabalho de capacitação em Saúde Mental na Saúde Pública, veio depois encampar a proposta prática na qual incluía aquela Capacitação. Ele busca apresentar um breve histórico da área da saúde no Brasil e aprofundar questões específicas da saúde mental e da atenção básica. A partir da Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde – (SUS). O SUS tem a Atenção Básica - Unidades Básicas de Saúde (UBS) como sua “porta de entrada” Como uma proposta de abordagem, sugerimos a atenção em grupo, como espaço de acolhimento, formulação da demanda e articulação cidadã. A Atenção em Saúde Mental tem nessa proteção e suporte no nível básico um ponto de apoio importante que supomos ainda não foi suficientemente reconhecido. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia (ESF) tem sido oportunidade de garantir na articulação de proximidade com o usuário a sustentação de programas que exigem esse acompanhamento. A prática de grupos tem sido utilizada mais por diagnóstico, com caráter pedagógico, mas onde foi possível vingar o trabalho de atenção, desconstruindo os grupos por diagnóstico, e os constituindo sem denominação prévia, os efeitos foram muito animadores.

### **PALAVRAS-CHAVE**

Saúde Pública; Atenção Básica; Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família (ESF); Grupos.

---

<sup>1</sup> Milton Bicalho – Psicólogo - Mestre em Psicologia Social. Equipe de apoio à Referência Técnica em Saúde Mental – Contagem – MG. Colaborou nesse trabalho Alessandra M. Chicarelli, Enfermeira, Coordenadora do Distrito Sanitário Ressaca.

## INTRODUÇÃO

A História da Saúde Pública no Brasil é caracterizada por Campanhas, como as da vacina, e uma baixa cobertura assistencial da população, com grandes setores excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes. Desenvolveu-se através da prestação de serviços médicos individuais, com enfoque curativo, a partir da procura espontânea do usuário.

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil “constituído por todas as forças progressistas desta área” (Teixeira, 1989), a partir da década de 1970, busca romper com essa história. Ele articula a realização da VIIIª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e consegue que as conclusões da conferência sejam incorporadas pela Constituição Federal de 1988.

Na Constituição, estabeleceu-se de forma relevante uma sessão sobre a saúde. Definiu como princípio da reestruturação do setor, o Sistema Único de Saúde – SUS. Além de considerar a Saúde como de Relevância Pública, sustentou um conceito abrangente de Saúde, incluindo o meio físico, social, econômico, cultural e fatores biológicos. Trouxe uma concepção ampla para nortear as mudanças progressivas dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde. Propõe que haja incorporação progressiva de ações de promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças, além das ações de sua recuperação.

Em 1990 é regulamentado o capítulo da saúde, através da Lei 8080/90, *Lei Orgânica da Saúde* (LOS), que definiu as bases legais e organizativa do novo sistema de saúde. No entanto, o Controle Social do SUS não foi incluído nela. Diante da pressão dos trabalhadores e do movimento social, foi editada a Lei 8142/90 que trata da “participação da comunidade” no SUS.

É na ampliação de cobertura, no nível primário, que o SUS tem sua face mais visível. Esses serviços vêm sendo instalados nas periferias dos centros urbanos. Recebem uma forte demanda da população, dada a localização geográfica e em um contexto de carência de toda ordem, muitas vezes como único equipamento público de busca espontânea. O acesso da população tornou-se mais facilitado, o que não significa necessariamente adequação do sistema a nível secundário e terciário.

### **O S.U.S. NA ATENÇÃO BÁSICA**

No nível primário de atenção estão as Unidades Básicas de Saúde – (UBS), entendidas como a “Porta de Entrada” do sistema. Ai, incluem-se os Centros de Saúde, postos de saúde, e as Equipes do Programa de Saúde da Família – (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família - (ESF). Essas se caracterizam por permitir o acesso direto da população, compreendendo o atendimento elementar e a atenção primária, que deve atender de forma imediata e sem burocracia, todas as pessoas que buscam a unidade com a maior resolutibilidade possível.

Ele vem ocupando o lugar de um ancoradouro das indagações sobre a vida, os incômodos da vida que lhes é dado viver, daquilo que os indivíduos organizam na referência de agravo à saúde. Ali levam seus dissabores, organizados por uma vasta nosologia, inclusive aquilo que se denomina doença mental.

Mesmo que um novo e ampliado conceito de saúde tenha sido introduzido pelo SUS, os serviços de saúde ainda se constituem, com raras exceções, capturados pelo tradicional “modelo médico hegemônico” genericamente chamado de “modelo médico de assistência”. Este modelo concebe o usuário como um objeto,

depositário de problemas de saúde, e o profissional como aquele que deve decifrar as queixas em um diagnóstico e condutas.

Essa prática de oferta de serviços de saúde, induzem a demanda de sua utilização e o usuário a significar trazendo um atributo, como uma senha, a doença. Refiro-me às demandas dos usuários, atento à concepção da Análise Institucional: "*a demanda não é o primeiro passo de um processo [...] existe um passo anterior à demanda que é a oferta. A demanda não existe per se.*" (BAREMBLIT, 1992: 68). Ao que acrescenta BAULEO: "*É a instituição que com suas formas de interação com os usuários entra constitutivamente no processo de gênese da demanda.*" (BAULEO, 1988: 14)

Nesse sentido é através da atribuição de doença, nem sempre bem sucedida, que a população toma a UBS como objeto de uso. Assim, as UBS, têm o encargo de lidar com demandas de toda ordem, inclusive as da Saúde Mental.

Entretanto, na relação dos usuários com as Unidades Básicas de Saúde, para além da incorporação do modelo tradicional de oferta de serviços, pode-se supor que o usuário traga elementos que estariam na perspectiva da construção do Sistema Único de Saúde - SUS, que concebe o usuário como cidadão, sujeito de direitos, portanto agente imprescindível no processo de transformação por que passa o setor. Nesse sentido contra-institucional ao "modelo médico hegemônico". Assim, compete aos profissionais que aí atuam discriminar, na demanda que lhes é dirigida, o que lhes cabe enquanto tratamento e aquilo que o usuário formula como uma senha de doença, mas passível de ser convertido em projeto coletivo de produção de saúde. Quando me refiro à senha estou aceitando a hipótese de que a demanda vem marcada pela oferta de serviços de saúde, que historicamente cuidou de doenças.

Para formular essa questão recorro a Pichon-Rivière (1983), que propõe que há *Demanda Manifesta* e *Demanda Latente*. Nesse

sentido, há um tipo de formulação do usuário que chamarei de Demanda Manifesta, típica, por exemplo, da solicitação de preservativo no Programa de Planejamento Familiar. Essa demanda se articula com a oferta de serviços, está em harmonia com o modelo médico hegemônico vigente. Direi que é bem sucedida, pois passível de ser satisfeita pelo serviço.

No entanto, existem solicitações, atitudes ambíguas ou inespecíficas, que não se enquadram no que o serviço formalmente oferece. Esse tipo de mensagem exige ser interpretada e trazida à ordem de sentido. Entendo que nestas manifestações está presente o que Pichon-Rivière denomina Demanda Latente.

Nessa categoria de Demanda Latente incluo a alta frequência de alguns usuários à Unidade de Saúde, “passando” pelas especialidades médicas, pelo psicólogo ou produzindo uma urgência; os atritos que surgem com funcionários; os que ali vão e esquecem o que procuram; os que não escutam, quando são chamados para o atendimento e, particularmente, a freqüente irritação dos funcionários ao lidar com a população. Esses fenômenos os classifico como o que se exige ouvir mais. Inclui-se entre as formulações que estão por ser traduzidas, mesmo porque, às vezes era aquilo mesmo, “um dedo mais de prosa” e o sujeito entende que já basta, para o que foi fazer ali.

## **UMA PROPOSTA DE ABORDAGEM**

Desde a década de 80 quando trabalhamos na implantação dos primeiros serviços de Saúde Mental no Estado, trazíamos a proposta de que os Centros de Saúde organizassem estratégias coletivas de atenção para receber a população. Grupos com uma estrutura mínima que permitissem um espaço de trânsito onde a utilização dos serviços pudesse ser discutida e apropriada.

Entendemos que o acorre ao centro de saúde, no registro da doença, exige uma escuta apurada - trabalho de discriminação na diversidade de demandas ali formuladas. Um dispositivo pertinente, para uma primeira abordagem deve ser um espaço coletivo onde os sujeitos, possam falar de suas demandas e coletivamente avaliar sua legitimidade e as possibilidades do serviço.

Esta concepção de trabalho em Saúde Pública, que tem o atendimento básico em grupo como atividade privilegiada deve proporcionar a interação entre os membros da equipe com a população. Pode contribuir para o rompimento com as ações que só tratam o usuário como objeto do poder discricionário do técnico. Esta será tanto mais efetiva se todos os profissionais forem estimulados a participar dela. Podemos inclusive pensar nos efeitos terapêuticos que produz esse trabalho de discriminação. Da perspectiva do tratamento o grupo encontra indicação. A referência a tratamento se justifica porque clínica fazemos com muito mais freqüência e em atendimentos diversos.

A atenção em grupo, para além de ser uma possibilidade de trabalho freqüentemente demandada pelos gestores, posto que evidencia a questão matemática do número, oferece possibilidades. Mal visto por certos meios acadêmicos por sua utilização muitas vezes pouco criteriosa, tem grande potencial na atenção à saúde. Esta modalidade de atendimento quando bem indicada e conduzida por um técnico, com formação para tal, se constitui num espaço de socialização, alguma elaboração, permitindo que questões do cotidiano possam ser trazidas à

ordem de sentido e portanto, enfrentadas como tal. O trabalho com grupos com um caráter para além de mera assistência, é um recurso necessário no enfrentamento na saúde pública, da diversidade de demandas que ali surgem a exigir respostas. Nos grupos os participantes, se tomados como sujeitos, podem encontrar o contorno necessário para entre pares tratar da vida, buscar saídas, quando não coletivas, mas produzidas no coletivo. Neste sentido o pequeno grupo é o lugar onde o sujeito estrutura sua participação no contexto social, sua inserção, avalia seu pertencimento ao meio social no qual está inserido (BAULEO,1988).

Os grupos podem ser pensados como espaço político, não da política partidária, da conscientização, mas do grupo como espaço de irrupção e da desordem. Quando as pessoas se juntam alguns dispositivos entram em funcionamento, fenômeno que denominamos de cena coletiva. Estamos falando em grupo como rede de singularidades. Falamos do grupo como multiplicidade, longe da idéia de unidade, uma totalidade , um inconsciente.

Bem, sabemos que a prática com grupos não é o grande remédio, e que também não convém sair agrupando por aí. O grupo é um recurso em que o sujeito pode, dentre pares, gestar a sua inserção política, Ainda pouco incluída nas estratégias na Saúde Pública, que se define política na Constituição de 1988.

Sabemos ainda, que os grupos não são por si só transformadores, irruptivos, pois podem se constituir como rebanho, serem mais dóceis. Pensamos em grupos saindo do lugar comum, da perspectiva funcionalista e familiarista em que os papéis estão previamente determinados. Buscamos nos afastar das propostas que têm a coesão e a identidade grupal seu objetivo. Estamos cientes dos fenômenos de grupos em que a exacerbação imaginária tende a ocupar e diluir qualquer possibilidade simbólica. Aqui trabalhamos a insígnia

deixada por Pichon-Rivière a "Ancoragem no Cotidiano", como uma tática que pretende introduzir a ordem da realidade e uma possível produção.

Convém lembrar que a atenção grupal nos serviços de Saúde, tem seus enfrentamentos. Do lado do técnico, por exemplo, que com frequência insiste que para trabalhar com grupos lhe basta o bom senso.

É preciso ultrapassar o senso comum. O senso comum pode durar meses mas não resiste à rotina, e não é disso que se trata. Há que se buscar formação para essa prática. Cabe ainda retomar a referida "utilização criteriosa", "conduzida por um técnico, com formação para tal," pois ocupar o lugar de coordenador de grupos exige do técnico certos recursos. Célio Garcia sugere ao técnico no âmbito social "não ir de peito aberto, não se prender excessivamente, nem responder com promessas que nunca serão cumpridas", e completa: "A população em geral não tem à sua disposição isso que chamo de equipamento usado pelo técnico psicólogo, psiquiatra ou Assistente Social. É um equipamento de proteção, necessário." Certamente, ocupar esse lugar exige alguma constituição profissional.

Outra questão: A instituição tem dificuldade em suportar no seu meio o movimento que produz os grupos que não têm um projeto antecipatório, em que seu fim e identidade não são dados de antemão. Os grupos com alguma dispersão, não filiados a um nome prévio, são contra-institucionais, seu potencial instituinte ameaça a estabilidade das instituições de saúde. Nelas, a dimensão do conceito constitucional de saúde, como cidadania, tem baixa institucionalidade.

## **UM RECORTE NA SAÚDE MENTAL**

Nos últimos vinte anos, o modelo de atenção em saúde mental no Brasil veio sofrendo mudanças, mesmo antes da instituição do SUS.

Os trabalhadores de saúde mental, tendo o Movimento de Luta Antimanicomial como um ator central, chamaram a atenção da sociedade para a busca de alternativas para atenção aos portadores de sofrimento mental. O questionamento ao modelo asilar como tratamento e conseqüente luta pela desospitalização tem produzindo efeitos. No âmbito dessa articulação produziu-se o projeto de lei 3.657, o chamado projeto "Paulo Delgado", e toda a mobilização em torno dele. Transformado em lei, (lei 10.216 de 06/04/2001) reafirma a posição do Ministério da Saúde e da sociedade brasileira a favor dos portadores de sofrimento mental e uma nova forma de tratamento.

Desde 1989 o Ministério da Saúde vem emitindo portarias que definem a desospitalização como meta operacional no país. Essas portarias permitiram a instalação de serviços secundários de Saúde Mental baseados na atenção comunitária.

A constituição desses serviços, substitutivos ao manicômio, é uma realidade que anima trabalhadores e usuários em todo o país. É hoje uma política do Ministério da Saúde do Brasil que tem no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o serviço organizador da rede de assistência no território. A mudança de enfoque da assistência às pessoas portadoras de sofrimento mental, do modelo asilar para a atenção comunitária, apoiada na disponibilização de serviços substitutivos, é um benefício inquestionável para a população.

Esse modelo recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, é chamado de rede CAPS, pois além do CAPS de ser a retaguarda na atenção nas situações de crise, ele tem a função de articulador da rede de assistência. Esse serviço, financiado diretamente pelo Ministério da Saúde, supõe uma área área/população de abrangência, uma certa composição de profissionais e recursos que o município nem sempre

tem as condições e vontade política o bastante para de implantá-los, até à altura de sua necessidade. O gestor público municipal pode fazer suas escolhas de acordo com prioridades e critérios de sua política.

## **A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Estamos no Distrito Sanitário – Ressaca, Contagem - MG. Distrito, onde a prioridade do gestor recaiu sobre a Atenção Básica, e a atenção à Saúde Mental se organizou a partir dessa realidade. Assim não havia para esse distrito a alternativa de serviço substitutivo. O insucesso em manter o usuário em atendimento ambulatorial significava seu encaminhamento ao hospital psiquiátrico. Houve algum sucesso!

Bem, a cobertura da Atenção Básica contava com 22 equipes de PSF e nós constituímos no que se chama Referência em Saúde Mental para o PSF, do Distrito Sanitário, nos anos 2003 e 2004, últimos de uma gestão do município, estava composta por 2 psiquiatras, 3 psicólogos, 2 Assistentes sociais, 1 auxiliar de enfermagem e 1 técnico administrativo. Esse distrito tem uma população em torno de 80 000 habitantes.

### **▪ O que é o programa de Saúde da Família – PSF?**

Em 1996, a partir de experiências em diversas regiões do Brasil, o Ministério da Saúde normatiza o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), vem sendo afirmado como um dispositivo de reorganização do modelo assistencial.

As principais mudanças vinculadas a este programa dizem respeito ao trabalho orientado pela territorialização, tendo como base a compreensão da vigilância da saúde que deve ser implementada por uma equipe de profissionais de nível superior, médio e fundamental.

A equipe do ESF é formada tendo um número de pessoas, uma área adstrita, sob sua responsabilidade. Recomenda-se que cada equipe seja responsável por 1000 famílias/4500 pessoas e cada Agente Comunitário de Saúde - ACS deve acompanhar em média 575 pessoas.

Há uma expectativa entre os gestores da Saúde de que o PSF permita maior acesso dos usuários ao SUS, seja um programa altamente resolutivo, com baixo custo e permita grande cobertura de agravos à saúde. Isto considerando que, o usuário ao apresentar qualquer patologia mais grave, com rapidez e segurança seja encaminhado a outros níveis de atenção.

Vinculada a ação do PSF, situações sociais extremas que não eram reconhecidas como problemas pelos serviços de saúde, atualmente passam a fazer parte dos objetos de atenção.

#### ▪ **Como nos organizamos?**

Lançamos mão dos recursos da comunidade, usamos salão de igreja, os cursos do SESC, da Fundação Kolpping, voluntários da comunidade, doações, (retalhos), fizemos bazar. Nos organizamos! Vinculamos técnicos e equipes. Assim, o grupo da Referência, em suas reuniões buscava pensar no projeto como um todo, mas os técnicos, individualmente, ou em dupla, acompanhavam um grupo de equipes. Deve se ressaltar que foram considerados os laços já criados anteriormente entre equipes e técnicos.

Nos organizamos com a nossa realidade, ou seja, como um serviço de referência em uma rede básica de atenção. Quer dizer, se aquela referência não tinha recursos para atender aos casos graves em crise, nossa retaguarda continuava sendo o Hospital Psiquiátrico Galba Veloso. No entanto percebemos alguns frutos que julgamos importante serem avaliados, o que dá justificativa a esse trabalho. Em fevereiro de 2004 estávamos com dois internos e duas entradas ambulatoriais no

hospital naquele mês. Nos meses seguintes: março, abril, maio e junho, não tiveram nenhuma internação.

Há que se ressaltar que havia uma disposição para uma prática no nível primário de atenção, os profissionais daquela referência vinham de longos anos na atenção básica. Além disso tínhamos como referência relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS, sobre a Saúde Mental no Mundo, publicado em 2001, que propõe claramente a atenção em saúde mental comunitária. Reconhece como um desafio mundial os problemas de financiamento e de formação de RH da saúde mental. Nos parecia que íamos nessa direção. Ainda, tínhamos notícia de articulações muito bem sucedidas, a partir da organização dos usuários, como em Itabira –MG, onde o suporte nas situações de crise é feito prioritariamente dentro da comunidade.

Inicialmente, se apresentava para nós como urgente, essencial, a capacitação às equipes do PSF para aumentar o grau de compreensão das subjetividades presentes no processo saúde-doença e na relação deles com os usuários. Nos parecia que não conseguiríamos avançar na proposta que propúnhamos. Não tínhamos razão! Percebemos que há muita curiosidade nos profissionais para saber mais do psíquico, da subjetividade e que estão dispostos a ir adiante, ler textos, participar de discussões, o que facilitava nossa intervenção e promovia nosso trabalho.

Havia uma demanda, da parte das equipes, expressa de maneira difusa, referente a situações nas quais, deparando com pessoas portadoras de sofrimento mental, sentiam falta de instrumentos que os permitissem intervir com qualidade.

Escutamos dos profissionais da ESF que a nossa presença como referencia, era um ganho para a saúde em geral, pois possibilitavam alguns ensaios importantes e percebiam que nossas intervenções, os

alertavam para a importância da subjetividade na etiologia das doenças, antes reconhecidas como abordáveis apenas como orgânicas.

Encontramos apoio a essa percepção, pois há pleno reconhecimento de que a leitura da interação do psíquico e do somático tem trazido contribuições para o cuidado em saúde, ampliando os recursos terapêuticos e, na maioria das vezes reduzindo os custos do tratamento e apresentando maior resolutividade.

As equipes da ESF, incluindo-se os agentes comunitários da saúde, têm apontado a importância do apoio da saúde mental ao seu trabalho. Essas equipes, na sua relação com as famílias, lidam com pessoas que vivem situações de sofrimento psíquico, necessitando de instrumentos que os possibilitem abordar essas questões com qualidade e segurança. Escutamos algo que remete à noção de distância, tão cara a Pichon-Rivière.

O trabalho interdisciplinar possibilita um olhar integrado do sujeito e da comunidade, as diversas áreas do conhecimento contribuem para uma melhor compreensão do sujeito e melhor propõem intervenções que atendam as necessidades da população.

É surpreendente a rede de atenção e serviço comunitário que é possível organizar a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). Hoje se reconhece que a ESF é competente para a ampliação da atenção em saúde mental, que fortalece os propósitos da reforma psiquiátrica no que diz respeito à oferta de serviços comunitários e desospitalização. Isso quer dizer que a estratégia Saúde da Família se transformou em dos pilares do projeto da saúde mental que propõe a articulação social em rede a partir do ambiente do usuário, onde ele mora e tem seus laços.

- Das estratégias de atenção.

Algumas equipes experimentaram transformar seus grupos por diagnóstico (hipertensão, diabetes ...), em grupos com outras propostas de agrupamento, nas quais pudesse levar em consideração o desejo dos usuários. Inclusive, podendo participar desses novos grupos quem não estava nos grupos anteriores, portanto, os usuários da saúde Mental. Pudemos extrair daí experiências muito proveitosas. Uma equipe, por exemplo, a 42 que já utilizava estratégias de oficinas, com alguma produção sobre temas, objetos, nessa nova disposição constituíram laços na comunidade, onde puderam aparecer experiências inusitadas. O do violão encontrou o do pandeiro que por sua vez já estava de arranjo com aquela que fazia bolos e quitutes e queria uma forma criar um espaço de lazer e que pudesse conviver e ganhar algum. Isso é apenas um exemplo. Diversas realidades puderam aparecer ali, onde aquelas pessoas podiam manifestar mais além do diabetes, ou da hipertensão.

Quanto a nós, Ficamos mais atentos à demanda dos profissionais do ESF, para assistência e treinamento em Saúde Mental, a Coordenação de Grupos. Ficamos cúmplices, sobre o que fazer com “abandonados”, e cidadãos que estão fora do SUS.

Principalmente, nos tornamos parceiros para lidar com a grande e diversa demanda das unidades de saúde – UBS. Como vimos era um final da gestão Municipal. Iniciamos uma prática se não original, mas com alguma originalidade, que exige vontade e dedicação, resta saber se encontra investimento para ser levada adiante, pois ela vem romper com a comodidade do consultório individual. Inclui aí o acolhimento em grupo, é uma proposta que não foi vencida, mas continua como uma possibilidade a ser implementada.

Temos concordância de que quando tomamos o atendimento individual como prática regular de atenção, que em muitos casos é pertinente e mais adequado, com frequência cumprimos uma função enganosa, um equívoco. No entanto, não podemos desprezar o peso da tradição.

Antes de concluir gostaria de destacar algumas idéias que nos são caras e foram muito úteis no relato que acabo de fazer:

▪ **Cuidado:**

Partimos do pressuposto, de que independente do grau de enfermidade, quando alguém toma a sua experiência subjetiva no registro da doença, há aí um pedido de cuidado que precisa ser atendido, mesmo que seja para uma posterior retificação. Essa postura vem permitir o estabelecimento do Vínculo um dos pilares do nosso trabalho.

▪ **Acolhimento:**

Exercitamos o acolhimento todo o tempo, este entendido como receber, atender, “dar ouvidos” e tomar em consideração, como propõe o Aurélio. Para além do permanente acolhimento em todas as franjas do serviço, não descuidamos, para que a primeira recepção, a cada tempo/horário, houvesse um profissional que se ocupasse dessa função. Ali, do lugar de Servidor Público, se ater à questão trazida e profissionalmente se posicionar diante dela. A noção de Acolhimento se articula à de:

▪ **A Responsabilização Profissional:**

O profissional que acolhe acompanha o trânsito do sujeito no serviço: Faz os encaminhamentos que julga adequados, acompanha os desdobramentos, visita domiciliar, inclusive a necessidade de consulta em outras especialidades, se for o caso. Responsabilização, um conceito muito útil e necessário, pois na medida que nos apropriamos dele, nos damos conta que, para além da responsabilidade do técnico, alcançamos a responsabilidade do usuário, no mínimo pelo seu estado de saúde. Entendemos que pensar a responsabilidade do usuário encaminha em direção a tomá-lo em sua condição cidadã Uma possibilidade dele sair do lugar de objeto do “poder discricionário do médico” (BIRMAM, 1980) É ainda incipiente essa formulação, mas temos entendido que a

cidadania no SUS exige do usuário uma posição de sujeito de direitos, e implica responsabilidades, inclusive por sua saúde. O que pode vir a ser "uma nova maneira de se atuar na saúde" (MERHY, 1997). Esse é um aspecto da discussão que estamos apenas principiando.

Quero lhes dizer que a noção de "distância" proposta por Pichon-Rivière nos é utilíssima.

## BIBLIOGRAFIA

- BAREMBLIT, G. (coord.) *O inconsciente institucional*. Petrópolis: Vozes, 1984.
- \_\_\_\_\_. *Compêndio de Análise Institucional*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BAULEO, A. *Notas de Psicologia e Psiquiatria Social*. São Paulo: Escuta, 1988.
- BEZERRA, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 133-169.
- BICALHO, M. Saúde Pública e Psicologia Social. In: *Oficina*. Belo Horizonte: FCH-FUMEC. Ano 1, n.2, 5-8, abril, 1993.
- \_\_\_\_\_. Grupo Operativo. In: *Grupos ... Intersecções*. Belo Horizonte: Mazza, 1985, p. 11-18.
- BIRMAN, J. *Enfermidade e Loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- BLEGER, J. *Temas de Psicologia – Entrevista e Grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- CAMPOS, G.W. de S. *Modelos de Atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde*. Apresentada na II Conferência Nacional de Saúde Mental – 12/92 – Brasília – DF. Publicada na Revista Saúde em Debate, nº 37 – 12/92 – Xerox.
- \_\_\_\_\_. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O Caso da Saúde. In: *Inventando a mudança na saúde*. CECÍLIO, L.C. et alls, São Paulo: Hucitec, 1994.
- Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa do Congresso Nacional, 05/10/1988.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- \_\_\_\_\_. *Sociólogo em tempo inteiro*. Lisboa: Estampa, 1979.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática. – anos 80. In: *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 1, n. 1, 1991: 77-96.
- \_\_\_\_\_. *Instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas. In: *Agir em Saúde, um desafio para o público*. MERHY, ONOCK et all. São Paulo e Buenos Aires: Hucitec e Lugar Editorial, 1997.
- \_\_\_\_\_; CAMPOS, G.W.S. & NUNNES, E.D. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

Prefeitura Municipal de Santos, *ABC do SUS*. Elaborado por técnicos da União, Estados e Municípios, versão 18/10/90. In: *Construção do Sistema Único de Saúde de Santos.*, São Paulo: Dezembro de 1990.

SILVA JR., Aluisio G. *Modelos Assistenciais em Saúde*. Texto xerografado, s/d.  
VAITSMAN, J. Saúde, Cultura e Necessidades. In: FLEURI, S. (org) *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.