UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TATIANA MARIA COELHO VELOSO

Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de
Estratégia Saúde da Família: possibilidades e limites

Ribeirão Preto

2012

TATIANA MARIA COELHO VELOSO

**Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe Estratégia
Saúde da Família: possibilidades e limites**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Educação em saúde e a formação de recursos humanos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Ribeirão Preto

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação de Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo

Veloso, Tatiana Maria Coelho.

Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de ESF: possibilidades e limites / Tatiana Maria Coelho Veloso; Orientadora: Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello. - Ribeirão Preto, 2012.

129p. : Il.

Dissertação (Mestrado)--Universidade de São Paulo, 2012.

1. Saúde mental. 2. Programa Saúde da Família.
3. Assistência em Saúde Mental. 4. Atenção Primária à Saúde

VELOSO, Tatiana Maria Coelho.

Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: possibilidades e limites

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me conduziu e sustentou em todos os momentos.

Aos meus pais, que me ensinaram a buscar meus sonhos e pelo amor sem medidas.

Às minhas irmãs, voinha, tia Emília e Pedro, pelo apoio e amor incondicional.

Aos amigos cearenses Kika e Marquinhos, Vívian e Januário, pela amizade que se revelou um grande tesouro em minha vida.

Às amigas Mari, Rachel e Marina, por dividirem muito mais que a casa, mas especialmente a vida.

Às amigas Sarah Tarcísia e Sara Barbosa pela amizade e constante exemplo de dedicação e determinação.

Aos amigos Andreza, Clara, Cleide, Júnior, Paula e Pati, por me fazerem experimentar a segurança da amizade além das distâncias.

Aos queridos participantes do grupo de pesquisa “Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental”, pela convivência e troca de saberes.

À amiga Débora, pela imensa ajuda na coleta de dados.

À minha orientadora Conceição, pela dedicação e oportunidade de um sonho realizado.

Às professoras Toyoko, Zezé Bistafa, Carol Zanetti, pelas contribuições na construção desse trabalho.

Aos profissionais de Guaiúba, pela abertura e disposição em participar da pesquisa.

À CAPES, pelo financiamento deste trabalho.

“Aprendi a viver contente em toda e qualquer circunstância. Tanto sei estar humilhado como também ser honrado. De tudo, em todas as circunstâncias, já tenho experiência, tanto de fartura como de fome, na abundância ou na escassez, tudo posso naquele que me fortalece”

Fl 4: 11-13

RESUMO

VELOSO, T. M. C. **Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: possibilidades e limites.** 2012. 129f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A pesquisa teve por objetivo identificar e analisar as ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família de um município de pequeno porte, apontando suas potencialidades e limites. Foi um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Foi realizada em uma unidade básica de saúde da família do município de Guaiúba-CE. Os participantes foram 16 profissionais vinculados a uma equipe de ESF. A coleta de dados ocorreu em janeiro e fevereiro de 2011. Foram utilizados como métodos de coleta de dados, a observação e quatro grupos focais. Os diálogos foram áudiogravados e transcritos, constituindo o principal material para a análise dos dados, que foram complementados pelas observações registradas em diário de campo. Foi realizada análise de conteúdo de Bardin e dos dados emergiram quatro categorias. Na categoria *“Concepções de saúde mental”* foram discutidas as ideias que permeavam o termo saúde mental, passando por vinculação do comportamento dentro da normalidade a uma concepção ampliada a partir do reconhecimento de vários aspectos que influenciam na saúde mental das pessoas. A categoria *“Quem precisa de intervenção no campo da saúde mental?”* buscou descrever como no dia-a-dia do serviço, a equipe reconhece as pessoas e/ou famílias com necessidade de intervenção no campo da saúde mental. As questões de gênero, alterações no comportamento, o diagnóstico médico ou realização de tratamento para transtorno mental foram algumas das formas citadas pelos participantes no reconhecimento da demanda em saúde mental. Os agentes comunitários de saúde demonstraram grande potencial para desempenhar esse papel. A categoria *“Por quais caminhos eles andam?”* descreveu os diversos caminhos trilhados pelos pacientes após terem sido identificados com necessidade de atenção em saúde mental. A consulta médica foi considerada fundamental e determinante para a escolha de acompanhar o paciente na unidade de ESF, encaminhar para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ou para algum hospital (geral ou psiquiátrico). Por fim, na categoria *“Entre a medicação e a escuta”* foram discutidos aspectos da utilização dos psicotrópicos, que, na realidade estudada, assume papel central na assistência em saúde mental. A equipe reconheceu a relevância da escuta como uma forma de cuidado em saúde mental que permeava os atendimentos desenvolvidos pelos diversos profissionais. Os resultados nos levam às seguintes reflexões: as ações em saúde mental desenvolvidas no âmbito da ESF permeiam o fazer de todos os profissionais que a compõe, como, por exemplo, a identificação da necessidade de quem precisaria de alguma intervenção em saúde mental, a orientação de busca por serviços de saúde, encaminhamento para os setores especializados, realização de escuta e prescrição de psicotrópico. Apesar disto, faz-se necessário aprimorar a sistematização da identificação de casos, desenvolver junto à equipe estratégias de cuidado em saúde mental que possam incorporar o cotidiano da ESF, além de melhorar a relação com os outros serviços da rede, no intuito de fortalecê-la.

Palavras-chave: Saúde mental. Programa Saúde da Família. Assistência em Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

VELOSO, T. M. C. **Mental health interventions developed within the daily activities of a Family Health team: possibilities and limitations.** 2012. 129f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The aim of this study was to identify and analyze mental health interventions developed by workers of a Family Health team from a small city, highlighting potentialities and limitations. This is a descriptive and exploratory study with qualitative approach. The research was conducted at a Family Health Unit in Guaiúba-CE. The 16 participants were workers of a Family Health team. Data was collected in January and February of 2011 through observation and four focal groups. The dialogues were audio recorded and later transcribed, constituting the main material of analysis, complemented with observation notes from a field diary. Bardin's content analysis was used to assess data from which four categories emerged. *Mental health conceptions* include ideas concerning the term mental health. There is a slight notion of normal behavior as an extended conception by recognizing many aspects that influence people's mental health. In *Who needs mental health interventions?* we aimed to describe how the team, on a daily basis, recognizes people and families in need of mental health interventions. Issues related to gender, behavioral changes, medical diagnosis or history of mental disorder treatment were acknowledged by participants as recognition of patients in need of mental health care. Community health workers displayed great potential to identify this feature. In *In which paths do they trail?* we described several paths trailed by patients after their need for mental health care was identified. The medical appointment was considered as fundamental and adamant in the decision of escorting the patient to the Family Health Unit and referring him/her to the Family Health Support Center, to the Center of Psychosocial Care, or to a hospital (general or psychiatric). At last, in *Between medication and listening*, aspects of the use of psychotropic drugs were discussed. In the studied reality, these drugs assume a central role in mental health care. The team recognized the importance of listening as a mental health care attitude and it took place in appointments conducted by several workers. Results point to the following considerations: Mental health interventions developed at Family Health Units are identified within care attitudes of all team workers. For instance, they can perform the identification of a person in need of mental health intervention, the orientation to look for health services, the referral to specialized care, listening and prescription of psychotropic drugs. Despite that, it is necessary to improve the systematization of chaos identification, by developing mental health care strategies within the team. These strategies should be incorporated into the daily routine of the Family Health Unit, to enhance the network relationship between other health services, in order to strengthen it.

Keywords: Mental health. Family Health Program. Mental Health Assistance. Primary Health Care.

RESUMEN

VELOSO, T. M. C. **Acciones de salud mental em la rutina desarrollada por un equipo de la estrategia de salud familiar: posibilidades y limites.** 2012. 129f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

La investigación tuvo por objetivo identificar y analizar las acciones sobre la salud mental desarrolladas por los profesionales de un equipo de Estrategia de Salud de la Familia de un municipio de pequeño porte, señalando su potencial y sus limitaciones. La investigación fue de tipo descriptivo y exploratorio, y tuvo un enfoque cualitativo. Se realizó en un problema de salud básica de la familia en el municipio de Guaiúba-CE. Los 16 participantes estaban vinculados a un equipo de profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Los datos fueron recolectados durante los meses de enero y febrero de 2011. Se utilizaron como métodos para la observación de recolección de datos y cuatro grupos focales. Las conversaciones fueron grabadas y transcritas, y es el principal material para el análisis de los datos, los cuales fueron complementados con las observaciones registradas en diarios de campo. Se realizó un análisis de contenido de Bardin y los datos, emergieron cuatro categorías. En la categoría "Las concepciones de salud mental" se discutieron las ideas que se propagaban en el plazo de la salud mental, así como el diseño de un se extendía desde el reconocimiento de los diversos aspectos que influyen en la salud mental de las personas. La categoría de "¿Quién necesita la intervención en salud mental?" Tratado de describir cómo el servicio día a día, el equipo reconoce a los individuos y / o familias con necesidad de intervención en el campo de la salud mental. Las cuestiones de género, los cambios en el comportamiento, el rendimiento de diagnóstico médico o tratamiento para el trastorno mental son algunas de las formas mencionadas por el reconocimiento de los participantes de la demanda de salud mental. Los trabajadores de la salud de la comunidad se presentó con un gran potencial para este papel. La categoría "Por qué caminos anda?" Describe los distintos caminos tomados por los pacientes después de que hayan sido identificadas con necesidad de atención de salud mental. El examen se considera crucial y decisivo para la decisión de acompañar al paciente en la unidad de Salud Bucal, consulte el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), el Centro de Atención Psicosocial (CAPS), o un hospital (en general o psiquiátricos). Por último, en los aspectos "Entre la medicación y la escucha" se discutieron el uso de drogas psicotrópicas, que de hecho estudiados, juega un papel central en el cuidado de la salud mental. El equipo reconoció la importancia de escuchar como una forma de atención de salud mental que llenaba las sesiones de las visitas al hogar clínica, y los diálogos desarrollados por diferentes profesionales. Los resultados nos llevan a las siguientes consideraciones: las acciones de salud mental realizado en el ESF a impregnar todos los profesionales que lo componen, tales como la identificación de la necesidad para que necesitan algún tipo de intervención de salud mental, la búsqueda de orientación para los servicios de salud, la remisión a los sectores especializados, la realización de la audiencia y la prescripción de drogas psicotrópicas. Sin embargo, es necesario mejorar la identificación sistemática de los casos, con el equipo para el desarrollo de estrategias para el cuidado de la salud mental que pueden incorporar todos los días de la ESF, y mejorar la relación con otros servicios de red a fin de fortalecerlo.

Palabras clave: salud mental. Programa de Salud Familiar. Asistencia de Salud Mental. Atención Primaria de Salud

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: (DES) ENCONTROS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	14
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	31
3.1 Tipo de estudo	31
3.2 Cenário de estudo	32
3.3 Participantes do estudo	33
3.4 Método de coleta dos dados.....	34
3.4.1 Os direcionamentos teóricos para a observação e o grupo focal.....	34
3.4.2 A experiência em campo da observação e do grupo focal	36
3.5 Análise dos dados	40
3.6 Aspectos éticos	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
4.1 Conhecendo a equipe.....	43
4.2 Concepções de saúde mental	48
4.3 Quem precisa de intervenção no campo da saúde mental?	58
4.4 Por quais caminhos eles andam?	71
4.5 Entre a medicação e a escuta	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICES	126
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	126
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCALIS	127
APÊNDICE C - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO	128
ANEXO - FOLHA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA.....	129

1. INTRODUÇÃO

Desde o Movimento da Reforma Sanitária desencadeado no final da década de 70, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na Constituição de 1988, a saúde brasileira vem incorporando conceitos de promoção à saúde e prevenção à doença.

O SUS tem como lei orgânica a 8080/90, que em seu art. 3º, compreende a saúde como consequência de seus fatores determinantes e condicionantes, entre outros a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Incorporando assim, o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera saúde um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (BRASIL, 1990; WHO, 1978).

Assim, para operacionalizar esse arcabouço teórico, o SUS passa a ser um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem visando organizar as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Dentre os princípios basilares, tem-se a universalidade, que é a garantia de atenção à saúde a todos os cidadãos, a equidade, que consiste em oferecer serviços de forma a beneficiar quem mais precisa deles e a integralidade, que percebe o indivíduo como um todo, integral, em suas necessidades biológicas, psíquicas e sociais (BRASIL, 2000).

Transcorridos 20 anos do processo de implantação e implementação do SUS, o Ministério da Saúde (MS), em 2006, estabelece como eixo estruturante do sistema de saúde, a Atenção Básica em Saúde. Para sua operacionalização, define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como desenho organizacional prioritário para o fortalecimento da Atenção, a fim de contribuir na viabilização e concretização dos princípios do SUS (BRASIL, 2007).

A ESF atua em um território geograficamente definido, com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS), realizando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como consultas individuais e atividades grupais, nos mais diversos espaços comunitários, como escolas, associações de moradores, centros de apoio social e, principalmente, na residência da família assistida.

Em virtude de sua importância, a ESF tem se tornado a estratégia prioritária na consolidação da assistência básica brasileira. Esta consolidação da ESF acontece concomitantemente com o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é o processo de

formulação crítica e prática ocorrida na assistência à saúde mental brasileira (TENÓRIO, 2002).

Esta reforma tem se constituído num movimento histórico e revolucionário, quebrando paradigmas da assistência psiquiátrica centrada no regime hospitalocêntrico. A Reforma Psiquiátrica surge com a proposta de desinstitucionalização do paciente, e, para isso, cria uma rede substitutiva de assistência em saúde mental: os centros de atenção psicossociais (CAPS), as residências terapêuticas (RT), os hospitais dias (HD) e a atenção básica (BRASIL, 2003; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Quanto à atenção básica, acredita-se que a vinculação com a saúde mental deve acontecer o mais precocemente possível, pois são as equipes de saúde da família que conhecem a realidade local, constituem a porta de entrada para o sistema de saúde e espera-se a resolutividade de um grande número de problemas, em saúde mental ou em outras áreas. Além disso, por sua proximidade com famílias e comunidades podem realizar ações de promoção à saúde mental e ser um recurso para a ressocialização dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2003).

As ações de saúde mental na atenção básica, conforme sugere o Ministério da Saúde (MS), por meio da Política Nacional de Saúde Mental, devem transcender o modelo tradicional, medicalizante e investir em promoção da saúde, considerar a singularidade das pessoas, seu protagonismo, rompendo com o estigma da doença.

No entanto, percebe-se que as ações ainda são caracterizadas por uma prática passiva, pouco criativa, centrada na internação psiquiátrica e medicalização dos sintomas, com poucas estratégias que contemplem ações de promoção, comunicação, educação em saúde e práticas coletivas (BREDA; AUGUSTO, 2001; LUCCHESI et al., 2009; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SOUZA et al., 2007).

Apesar das evidências de que a atenção básica tem o potencial para inclusão de ações de saúde mental, frente à proposta da reforma psiquiátrica, alguns desafios são enfrentados pelos profissionais: a dificuldade de lidar com o sofrimento psíquico, em virtude, principalmente, da permanência das formas biomédicas de compreensão desse sofrimento; o desconhecimento da reforma psiquiátrica; a falta de condições de atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS), como estrutura física limitada e grande demanda de pacientes; a falta de entrosamento entre os serviços especializados em saúde mental e a falta de capacitação em saúde mental para os profissionais da ESF (FEBRONIO, 2008; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; PRESOTTO, 2007).

Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) orientarem a formação dos futuros profissionais de saúde para práticas com enfoque no SUS, e que integrem as diversas dimensões do ser humano, os currículos universitários ainda parecem priorizar a técnica e o trabalho individual focado na doença, predominando a fragmentação dos saberes com o modelo biomédico arraigado (MORETTI-PIRES, 2009).

Em consequência disso, é evidenciada a necessidade de projetos de educação permanente para os serviços de saúde, incluindo a área de saúde mental. Cabe salientar que a educação permanente deve ocorrer em parceria com os serviços de saúde e instituições formadoras de profissionais de saúde, sendo também uma responsabilidade do MS, por configurar uma atribuição finalística do SUS. Ressalta-se que a compreensão de educação permanente é ampla, sendo uma estratégia de mudança institucional, operacionalizada por atividades não pontuais, que valorizem os problemas do cotidiano e seja de caráter multiprofissional (BRASIL, 2009a; BUCCINI; MARTINS; SANCHES, 2009).

Reconhecendo as particularidades que envolvem as ações de saúde mental, e com o intuito de amenizar a dificuldade em conduzir os casos nessa área, o MS propõe a estratégia do apoio matricial para oferecer suporte técnico em saúde mental às equipes de ESF. A partir do compartilhamento de casos com a equipe de saúde (co-responsabilização) de um dado território, é estimulada a resolução dos casos por meio de discussões, intervenções e/ou atendimentos conjuntos, junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2003).

O apoio matricial em saúde mental ainda é uma estratégia em implantação no país. Contudo, tem demonstrado que as equipes de ESF podem contribuir para uma incorporação da saúde mental nas ações da atenção básica, deixando de ser um núcleo especializado para transitar no fazer dessas equipes. Apesar das dificuldades, tem estimulado o acolhimento da subjetividade e a resolução dos casos utilizando o potencial dos territórios (BARBAN; OLIVEIRA, 2007; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Destaca-se, a importância de engajar todos os envolvidos na elaboração e execução da proposta do apoio matricial, considerando que não é apenas uma tomada de decisão no nível de gestão. Se assim for, corre-se o risco de dar novos nomes a antigas práticas, permanecendo o modelo hierarquizado e fragmentado (DIMENSTEIN, 2009). Além disso, o engajamento dos profissionais da ESF continua sendo essencial para que se efetive, nas práticas em atenção básica, esse olhar ampliado sobre as necessidades das famílias atendidas.

Apesar de ser uma proposta inovadora, o foco está na criação de ‘novas equipes’, a de apoiadores ou matriciadores. Se, atualmente, o Brasil conta com 31.800 equipes de ESF

implantadas (BRASIL, 2011a), o que essas equipes já poderiam realizar de atividades ou ações de atenção básica vinculadas à saúde mental?

Considerando minha inserção como enfermeira de uma equipe de ESF, de um município de pequeno porte, sem equipes de apoio matricial e serviços substitutivos, as inquietações que surgiram estão vinculadas às possibilidades da ESF contemplar a saúde mental, em virtude de sua implantação em 85% do município. Observava que a maioria dos profissionais da equipe de ESF identificava a demanda de saúde mental, porém os poucos que relatavam realizar ações nessa área para amenizar o sofrimento psíquico, não se percebiam atuantes e capazes de interferir nessas situações.

Por outro lado, visualizava outra situação, a de profissionais que lidavam diariamente com casos de pacientes com doenças físicas, porém com uma forte relação emocional. Famílias marcadas por dificuldades financeiras, alcoolismo, gestantes adolescentes ansiosas com as mudanças pelas quais passavam, dentre outras situações. Assim, o cotidiano do qual esses profissionais faziam parte e agiam, era o de uma rotina permeada por questões de sofrimento psíquico, o que me fez questionar se os mesmos realmente não realizam ações que contemplem a saúde mental, ou não se percebem realizando-as.

Além disso, outro aspecto intrigante, era a maioria dos profissionais, apontar a necessidade de formação específica para atuarem nas situações de saúde mental e a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município. Por que os profissionais, apesar de participarem de equipes de saúde, manifestaram uma tendência em sugerir soluções externas, no caso, “fora” da equipe?

Neste sentido, o atual estudo tem o **objetivo** de: identificar e analisar as ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família de um município de pequeno porte, apontando suas potencialidades e limites.

2. SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: (DES) ENCONTROS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

No final da década de 70, iniciam-se no Brasil, as discussões acerca dos serviços de assistência psiquiátrica, a partir de profissionais e familiares de usuários, diante do inconformismo com a atenção prestada às pessoas com transtornos mentais. Este era o início da Reforma Psiquiátrica brasileira, que ocorria concomitante à mobilização dos trabalhadores da saúde mental, luta do movimento sanitário e experiência da reforma italiana, bem como outros movimentos internacionais e nacionais (DELGADO et al., 2007).

O período de 1978 a 1991 foi considerado o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica brasileira, com foco na crítica ao modelo hospitalocêntrico. O segundo momento foi o de 1992 a 2000, quando ocorre a implantação da rede extra-hospitalar. Em 2001, formaliza-se a Lei nº 10.216/01, Lei Paulo Delgado, após mais de 10 anos de tramitação no Congresso Nacional, dando início ao 3º momento, o de consolidação do novo modelo, que vigora até os dias atuais (DELGADO et al., 2007).

Ainda em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, direcionando para o aprofundamento da reorientação do modelo assistencial, com a expansão da rede de atenção comunitária (BRASIL, 2002).

Em 2010, realizou-se a IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial (CNSM-I), a primeira a incorporar em seu nome e temática, a intersetorialidade. Assim, aponta que a mudança do modelo de atenção incorpora novas exigências e que, apesar do reconhecimento dos avanços na expansão da rede de base comunitária, ainda há lacunas frente à complexidade e caráter multidimensional da saúde mental (BRASIL, 2010).

A IV CNSM-I reafirma a saúde mental como um campo que está inserido na saúde, mas ao mesmo tempo o transcende, com importantes interfaces com os campos da assistência social, educação, trabalho, justiça, cultura, lazer etc. e como um componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral (BRASIL, 2010).

Não há, numa perspectiva transcultural, definição única para o termo saúde mental, mas a partir de uma compreensão ampla, como a da conferência referida acima, os diversos conceitos abrangem aspectos como o bem-estar subjetivo, a autonomia, a competência, a autorealização intelectual e emocional da pessoa. Mas, de um modo geral, concorda-se quanto

ao fato de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais (OMS, 2002).

Para Sampaio e Barroso (2000)

Saúde mental constitui campo complexo e difuso, saturado de história, atravessado pelas ambiguidades da subjetividade, donde ser impossível seu manejo por um saber aplicado ou por vários saberes aplicados que se articulem de modo taylorista, série de ações estanques, compartimentando uma totalidade (p. 204).

Essa definição que valoriza a historicidade da pessoa, a subjetividade e o pluralismo de saberes articulados de forma dinâmica vai ao encontro do proposto por Amarante (1995) ao vislumbrar novos conceitos e práticas em relação à loucura e à psiquiatria, indo além da doença, dos sintomas e da assistência. Neste sentido, Chiaverini (2011) entende que não se deve associar o conceito de saúde mental ao de presença de transtorno mental.

Da mesma forma, o termo sofrimento psíquico tem sido utilizado com diferentes enfoques nos estudos realizados na área da saúde de maneira geral.

Alguns autores utilizam o termo sofrimento psíquico como sinônimo de transtorno mental, porém não será a opção deste trabalho. Os termos sofrimento psíquico, emocional ou mental serão considerados sinônimos e entendidos como experiências de sofrimento em decorrência de mudanças inerentes ao contexto cotidiano das vidas das pessoas que geram situações que as deixam enfraquecidas e confusas diante das vivências e do confronto com os próprios limites (CAVALCANTE; SILVA, 2011).

A experiência de sofrimento psíquico é inerente ao ser humano, portanto não está restrita aos portadores de transtornos mentais, nem os exclui, considerando que a própria doença poderá ser fonte de sofrimento.

Quanto à etimologia desse sofrimento, parece haver um consenso entre os profissionais de saúde que apontam inúmeros fatores que podem desencadear situações de sofrimento psíquico, como problemas de desigualdade social, desemprego, baixo poder aquisitivo, questões familiares, violência doméstica e situações de abandono (CAIXETA; MORENO, 2008; CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; CAVALCANTE; SILVA, 2011; SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Segundo Delgado et al. (2007), a articulação em rede dos vários serviços que substituem o hospital psiquiátrico se constituirá um conjunto vivo de referências para acolher qualquer tipo de sofrimento psíquico ou transtorno mental.

Para tanto, é necessário que os municípios se integrem em uma rede ampla e viabilizem a realização de ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental, mesmo conscientes das dificuldades e sabendo ser este um grande desafio do SUS (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; CONSOLI, 2009).

Ao se pensar nos serviços assumindo uma configuração em rede de cuidados em saúde tem-se por princípio que os mesmos, agindo de forma isolada, fragmentam-se, diminuem seu potencial e se tornam incapazes de oferecer uma resposta frente às necessidades de saúde da população (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008).

Assim, deve-se compreendê-la como sendo maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município, indo além dos mesmos, articulando com outras instituições e variados espaços das cidades. Além disso, uma rede de relações sociais em busca de novas propostas e busca de soluções diante de situações referentes ao processo saúde mental - sofrimento psíquico - doença mental (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; CONSOLI, 2009; DELGADO et al., 2007).

Dentre os serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde mental, estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas (RT), os ambulatórios de saúde mental, os hospitais gerais e as unidades de atenção básica (DELGADO et al., 2007).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), de nível secundário, de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida (CUNHA, 2004).

Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade (desinstitucionalização), os CAPS são considerados os dispositivos estratégicos desse movimento, em virtude do seu caráter de substituir as internações em hospitais psiquiátricos (CUNHA, 2004; GAMA; CAMPOS, 2009).

A relação entre o CAPS e a rede básica de saúde dá-se em consequência de dois conceitos fundamentais que os relacionam, o de rede, anteriormente explicado, e o de território, sendo a atenção básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento (OMS, 2002).

O território não consiste apenas na área geográfica, mas abrange também pessoas, instituições, em um cenário amplo que caracteriza a vida em comunidade. Trabalhar no território significa conhecer e articular saberes e potencialidades dos recursos da comunidade,

gerando soluções e novas formas de cuidar em saúde mental. É a partir dessa ideia que toda a rede de atenção em saúde mental deve orientar as ações dos seus equipamentos (DELGADO et al., 2007).

Apesar de reconhecer que CAPS e atenção básica estão vinculados, o que se pôde perceber é que efetivamente eles permaneceram como foco das políticas de saúde mental, assumindo lugar de destaque e pouco se investiu para que atenção básica acompanhasse os avanços da área (LEAL, 2010).

No Brasil, a atenção básica tem sido entendida como sinônimo, na maioria das vezes, da atenção primária à saúde (APS)¹. O Ministério da Saúde define-a como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007, p. 10).

A rede básica de saúde se constitui pelas unidades básicas de saúde (UBS), unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Há coexistência de serviços em decorrência do processo histórico, havendo atualmente um “modelo híbrido” em que perpetuam traços de um modelo de atenção fundamentado predominantemente no saber biológico, em que as práticas se sustentam na concepção de saúde como ausência de doença e uma mais recente, considerada como prioritária, a Estratégia Saúde da Família.

¹ Segundo Mello, Fontanela, Demarzo (2009), os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde têm sido utilizados como sinônimos, não sendo possível apontar motivos pelo qual o governo brasileiro teria adotado a designação Atenção Básica à Saúde, na contracorrente internacional. Os autores relatam que há indícios de que a escolha se deve a um posicionamento ideológico em negar a relação entre Atenção Primária à Saúde com políticas do setor saúde pautadas essencialmente em custo e acesso à população a uma “cesta básica”. A portaria do MS 2488/2011 (BRASIL, 2011b), em que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revisa diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como termos equivalentes. Neste trabalho, foi feita a opção pelo termo mais comumente utilizado no Brasil, ou seja, Atenção Básica à Saúde ou simplesmente Atenção Básica.

A Atenção Básica à Saúde pode ser compreendida como locus de realização de ações em que a complexidade da clínica está na aquisição e compreensão, pelos profissionais, de ferramentas e conhecimentos pautados pelos diversos elementos que compõem o viver das pessoas. Assim, espera-se que a supervalorização do diagnóstico dê lugar a interação entre práticas sociais e práticas de saúde (CUNHA, 2004).

Para Starfield (2002), dentre os aspectos que compõem o conceito de atenção primária à saúde, há o de responsabilidade sem considerar presença ou ausência de doença e o de integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde.

A mesma autora entende saúde, incorporado na atenção primária à saúde, não como ausência de enfermidade, mas uma redefinição contínua do potencial para funcionamento máximo, a fim de que a pessoa possa dar respostas frente aos desafios da vida de forma positiva e produtiva.

É no contexto da atenção básica, nas situações corriqueiras do dia-a-dia, que a experiência de muitas pessoas é marcada pela necessidade de enfrentamento de dificuldades e condições desfavoráveis, como, por exemplo, econômica, social, física, psíquica, muitas vezes degradantes. Não haveria lugar mais favorável para aproximar-se desse sofrimento do que o território onde ele emerge, constituindo-se locus favorável para ser considerado, abordado, atendido (BARONI; FONTANA, 2009).

O Ministério da Saúde tem orientado que a saúde mental na atenção básica, além de obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial possa atuar de forma transversal a outras políticas (BRASIL, 2003). Isso pode ser entendido considerando que o sofrimento psíquico se faz presente implicitamente em diversos tipos de atendimento, como diabetes, hipertensão e alguns relacionados a fatores psicológicos e sociais como a violência, que têm repercussões na vida do usuário e sua família, causando sobrecarga psíquica (CAIXETA; MORENO, 2008).

Inúmeros motivos apontam para a articulação da saúde mental à atenção básica. Para Consoli (2009), a ESF é o principal dispositivo para uma nova forma de assistência em Saúde Mental. Efetivamente, trata-se de um encontro de modelos que compreendem saúde em uma perspectiva mais ampla, questionando e quebrando o modelo hegemônico, centrado no médico, na especialidade e na medicação; que realiza um cuidado incluindo a família, em sua dimensão sociocultural; que planeja e executa atividades em um território definido e que estimula a participação comunitária (LUCCHESI et al., 2009).

É relevante considerar que vários municípios têm, como principal dispositivo de assistência em saúde mental, a atenção básica. Em pesquisa realizada em 31 municípios que

compõem a região do Alto Uruguai (RS), ficou caracterizado que 70,90% deles prestam os serviços de saúde mental por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, 54,80% nas unidades de ESF e 35,40% nos PACS. Apenas 3,23% dos municípios contam com ambulatório com equipe especializada de Saúde Mental, unidades psiquiátricas em hospitais gerais e CAPS. Tal fato pode ser compreendido frente à realidade dos municípios, de pequeno e médio porte (CONSOLI, 2009).

Considerando que 96% dos municípios brasileiros possuem população inferior a 100.000 habitantes, pode-se considerar que o cotidiano das instituições de saúde nos pequenos territórios caracteriza a quase totalidade dos municípios brasileiros (IBGE, 2011).

Em estudo epidemiológico realizado na ESF de Santa Cruz do Sul (RS), a prevalência de transtornos mentais entre os indivíduos que procuraram assistência na unidade de saúde foi de 51,1% (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008a). Em outro, desenvolvido na mesma cidade, a prevalência foi de 38% para os casos suspeitos de transtornos de humor, ansiedade e/ou somatoformes (THAS) (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008b). Índice semelhante (37,8%) foi encontrado em uma equipe de ESF do interior de Minas Gerais, em que mensurava as pessoas com perfil indicativo de transtornos mentais (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007). Segundo os autores destes dois últimos trabalhos, eles se referiram a transtornos mentais comuns.

Transtorno mental comum (TMC) é a denominação de uma situação em que a pessoa não preenche os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão (CID-10), mas que apresenta sintomas proeminentes que favorecem incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007).

Segundo Chiaverini (2011), esta é a forma mais comum de apresentação do sofrimento psíquico nas unidades, aproximadamente 50%, e são as pessoas que procuram atendimento em virtude de queixas físicas, mas que não apresentam patologia orgânica associada, porém com um quadro de sofrimento emocional.

A autora citada anteriormente caracteriza essa situação como um transtorno mental, porém menos estruturado e de menor gravidade do que aqueles comumente vistos nas unidades especializadas, com a presença de muitas queixas somáticas, além de sintomas mistos de ansiedade e depressão associados a problemas psicossociais.

Ela ainda acrescenta que eles são, certamente, a demanda mais expressiva em busca de atendimento em unidades de saúde, mas que felizmente cerca de 30% destes pacientes apresentarão remissão espontânea dos sintomas e melhora da situação ao se sentirem apoiados, individualmente ou em grupo da unidade da atenção básica. Embora seja fundamental reconhecer o sofrimento presente, esses pacientes apresentam reações emocionais às dificuldades da vida, por isso, há que se cuidar para não medicalizar excessivamente esses processos (CHIAVERINI, 2011).

Essa compreensão de TMC é muito próxima do que Rodrigues (1996) define por crise, sendo esta entendida por uma alteração perturbadora no equilíbrio do modo de viver da pessoa. Isso pode ocorrer durante as diferentes fases do desenvolvimento humano, sendo chamada de ‘crises evolutivas’ ou em decorrência de algum fato inesperado, diante de situações como desemprego, morte de algum ente querido, conflitos familiares, divórcio, dentre outros, sendo chamada de ‘crises acidentais’.

As crises poderão ser percebidas como momentos favoráveis ao amadurecimento, mas quando não superadas com êxito, poderão acarretar consequências, inclusive o desencadeamento de um transtorno mental. O fator essencial que favorecerá o surgimento da crise será o desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos que a pessoa dispõe no momento para enfrentá-la (CAPLAN², 1966 apud RODRIGUES, 1996, p. 11).

Para a autora, nesse período a pessoa estará mais necessitada de contatos interpessoais. Mas ela não consegue perceber que seu problema configura uma necessidade em saúde mental, procurando por ajuda na família, amigo, profissional de saúde, aquele que estiver mais acessível. Nesse contexto, é possível visualizar a importância dos profissionais de saúde que poderão ajudar a pessoa a identificar o que realmente está sendo vivido, bem como ser instrumento para que a pessoa possa superar a crise, fortalecendo mecanismos de resolução de problemas e em última instância, prevenindo um transtorno mental.

Considerando que neste trabalho não se tem o objetivo de diferenciar os casos de TMC e crise e as duas situações se constituem geradoras de sofrimento psíquico, ao se referir a este grupo de pessoas, se fará de forma genérica, utilizando o termo anteriormente citado, sofrimento psíquico.

Apesar de todas as aproximações entre os universos da atenção básica e da saúde mental, infelizmente, a constatação é que elas situam-se mais nas convergências “do modo

² CAPLAN, G. Princípios de psiquiatria preventiva. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1966.

que deveria ser” de cada um (LUCCHESE et al., 2009), pois apesar do estímulo a práticas territoriais e articuladas em rede da Política Nacional de Saúde Mental, ainda não é essa a realidade de grande parte das unidades de atenção básica (SOUZA et al., 2007).

No cotidiano dos serviços, a demanda em saúde mental é percebida informalmente pelos profissionais, ou seja, não é caracterizada sistematicamente. As formas mais frequentes para essa percepção se dão principalmente de duas formas: em consequência a procura do paciente na unidade pela renovação de receita psicotrópica, para a continuidade do tratamento medicamentoso e as queixas em decorrência de sintomas que seriam “característicos” de transtornos mentais (DIMENSTEIN et al., 2009; CAIXETA; MORENO, 2008; LUCCHESE et al., 2009;).

As duas situações levam a entender que ainda é restrita a compreensão de saúde mental, vinculando aos casos de transtornos mentais, a partir de quadros clínicos diagnosticados, sendo os mais citados a depressão, a ansiedade e dependência química (BARONI; FONTANA, 2009; CAIXETA; MORENO, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009;).

Mas no que se refere à informalidade, a mesma manifesta-se pela ausência de instrumentos que permitam identificar e caracterizar a demanda e consequentemente, o tipo de atendimento que será necessário desenvolver para dar respostas à comunidade frente às suas necessidades.

A ausência de instrumentos para caracterizar a demanda em saúde mental e a ausência de planejamento de cuidados contribuem para que a saúde mental seja incorporada como alvo das práticas de saúde da atenção básica em situações pontuais, como na prescrição de medicamentos ou realização de encaminhamentos para serviços especializados (LUCCHESE et al., 2009).

Desde 2003, está em discussão a inclusão de novos indicadores no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), para contemplar outros aspectos da saúde mental, pois, atualmente, o único indicador refere-se ao número de internações psiquiátricas. Com a inclusão de outros indicadores pretende-se conhecer as pessoas acompanhadas pela rede básica em uso prejudicial de álcool e outras drogas, uso inadequado de benzodiazepínicos, egressos de internações psiquiátricas, tentativas de suicídio e as com transtorno mental grave e persistente (BRASIL, 2003).

A falta de sistematização interfere também na produção científica sobre o assunto, pois os artigos demonstram não haver consenso de que grupo de pessoas ou que tipo de atendimento está sendo pensado ao falar em saúde mental na atenção básica. Alguns se referem a toda uma dimensão subjetiva de sofrimento relacionado ao próprio adoecer,

decorrente da situação socioeconômica ou de situações em geral que causam sofrimento psíquico, mas que não necessariamente se configuram como transtorno mental e há os que tratam especificamente das pessoas com transtorno psiquiátrico instalado.

Talvez tenha relação com uma contradição identificada nas políticas de saúde mental brasileira. Elas fazem alusão a um modelo inclusivo e universal, abarcando inúmeras situações consideradas de risco psicossocial, porém, na prática, elegem as pessoas com transtornos mentais graves como alvo exclusivo de suas estratégias. Dessa forma, excluem uma grande parcela da população de sua atenção, especialmente as que não são caracterizadas por um diagnóstico (IMPAGLIASSO, 2005).

Frente à lógica de um enfoque ampliado de saúde mental, tomado como referencial, neste trabalho, serão consideradas responsabilidades da APS toda a comunidade, com sua diversidade característica e desafios inerentes. Assim, dentre as pessoas que deverão ser alvos das ações em saúde mental, estão as que apresentam um transtorno mental, acompanhadas em algum serviço especializado, as que utilizam psicotrópico, mas que não tem um diagnóstico conclusivo, os egressos de hospitais psiquiátricos em processo de ressocialização, além dos inúmeros casos que poderão eventualmente, por motivos particulares e inusitados da vida, apresentarem sofrimento psíquico.

Todas essas pessoas estão inseridas em um grupo social, uma família, produzindo condições de existência em um lugar social concreto, um bairro, uma cidade. Mas, de forma especial os que sofrem por uma dificuldade que vivenciam circunstancialmente, antes de “ser” ou apresentar sintomas e síndromes, experimentam tensões, perdas, infelicidades, fracassos, incapacidades, das maneiras mais diversas possíveis. Muito possivelmente serão aos profissionais da atenção básica que essas pessoas irão se apresentar prioritariamente (SAMPAIO; BARROSO, 2000).

O MS considera como responsabilidade da atenção básica os casos leves e moderados, porém pontua de forma muito genérica quem são essas pessoas, a saber: que apresentam queixas psicossomáticas, que abusam de álcool e drogas, com dependência de benzodiazepínicos, com transtornos de ansiedade menos graves, entre outros (BRASIL, 2003).

Considerando que a terminologia utilizada pelo MS, casos “leves”, “moderados” e “graves” não é uma terminologia universal, reconhecida e utilizada pelos profissionais da atenção básica e que falta clareza na definição dos critérios para estabelecer essa classificação, optou-se por não utilizá-la.

Dessa forma, compreende-se que o cuidado em saúde mental na atenção básica deverá incluir ações que contemplem as pessoas que têm um transtorno mental diagnosticado e as que utilizam medicação psicotrópica mesmo sem um diagnóstico conclusivo, por entender que elas fazem parte de um grupo, as que apresentam sofrimento psíquico. Além disso, entendendo que a saúde mental é apenas uma faceta da saúde em geral, poderá ser inclusa toda a população adstrita, mediante ações de promoção à saúde, pois se estará, certamente, favorecendo a promoção da saúde mental, ao melhorar o bem-estar e favorecer os laços sociais.

Essas ações serão concretizadas no cotidiano das equipes do acolhimento ao tratamento farmacológico ou encaminhamento aos serviços de saúde mental, quando necessário. Para isso será muito importante que os profissionais da atenção básica, especialmente os membros das equipes de ESF, estejam cientes de que são capazes de oferecer cuidados em saúde mental (CHIAVERINI, 2011).

Em virtude dessa compreensão, as ações de saúde mental necessariamente irão contemplar diversas estratégias, muito além da medicação, incluindo quaisquer que possibilitem a autonomia, de natureza individual ou sociocultural e que promovam melhor qualidade de vida. Portanto, entende-se que as novas concepções e práticas de saúde mental não se coadunam a um olhar fragmentado da pessoa, sob a ótica da doença (CABRAL et al., 2000).

As ações de saúde mental emergem de uma inversão do paradigma asilar, sendo crucial incluir, ir onde as pessoas estão experimentando, vivendo suas vidas, lares, crenças, possibilidades e escolhas, e tendo o sujeito inserido em um contexto de vínculos e de relações compartilhadas (SAMPAIO; BARROSO, 2000).

Assim será terapêutica toda ação que promove enfrentamento, acolhimento, desabafo, suporte, resiliência e autoestima. A partir disso, pode-se pensar que há uma série de atividades realizadas regularmente por profissionais da APS que têm potencial terapêutico, mesmo que eles não percebam. É a escuta que favorece a partilha de sentimentos e tensões, o acolhimento que permite o cuidado e estabelece o vínculo, o esclarecimento que aumenta a informação, desmistifica ideias erradas, o encontro que reduz a ansiedade. Até mesmo a relação profissional de saúde-paciente, quando bem-estruturada, por si só é terapêutica, independente de especialidade profissional (CHIAVERINI, 2011).

Rodrigues (1996), em sua experiência com atendimento às mulheres em crises acidentais, pontua que o enfermeiro, na relação de ajuda, utiliza sua própria pessoa como instrumento terapêutico, neste contato pessoa a pessoa, de maneira sistematizada e empática.

O processo terapêutico não acontece no paciente nem no enfermeiro, mas no espaço “entre ambos”, na comunicação interpessoal.

Porém, não raramente, os profissionais ignoram que desde o primeiro contato com o paciente já poderão ser terapêuticos mediante o vínculo, que está sendo estabelecido ou fortalecido (CHIAVERINI, 2011).

Segundo Pereira (2000), o profissional deve ocupar outro lugar, não como normatizador ou segregador, sendo a escuta do sofrimento o início para o estabelecimento de uma intervenção constituída de ações de diversas naturezas. A medicação psicotrópica poderá ser determinante, coadjuvante ou nem ser indicada. Assim, o médico poderá ter o papel da prescrição de medicamentos, mas, para além disso, ele e os outros membros da equipe terão o papel da escuta e do acolhimento.

No entanto, observa-se que o que ocorre com maior frequência é o fluxo do usuário na UBS centrado na consulta médica, caracterizando que o modelo de atenção que organiza as atividades nas unidades de saúde parte da concepção “medicalizante” do cuidado. O médico se detém, na maioria das vezes, a acompanhar os aspectos clínicos do paciente, intervindo frente suas queixas, que aparecem frequentemente descontextualizadas. Os outros profissionais das unidades básicas não costumam oferecer outras formas de atendimento, ou seja, em tese, é a equipe que conduz o caso, mas na realidade, os profissionais não-médicos consideram que a maior responsabilidade é atribuída ao médico (CAIXETA; MORENO, 2008; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Em pesquisa bibliográfica realizada em periódicos da área de saúde coletiva por um período de 10 anos (1997- 2007), verificou-se o distanciamento entre o que é preconizado pelas políticas públicas e o desenvolvimento de atividades na prática. Ressalta que as práticas de saúde mental na ESF são incipientes, com poucas ações direcionadas à prevenção e promoção (GAMA; CAMPOS, 2009). Além disso, as que existem são pontuais, não constituindo ações programáticas (CAIXETA; MORENO, 2008).

Diante de ações centradas no modelo biomédico, os profissionais da atenção básica referem como as atividades mais frequentes no campo da saúde mental, a medicação e o encaminhamento a especialistas. A medicação é vista, por alguns profissionais, como a principal prática terapêutica ofertada no serviço de saúde, com a renovação da receita sem maiores questionamentos, favorecendo que a pessoa utilize a medicação por um período extenso sem reavaliação (CAIXETA; MORENO, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009; RIBEIRO et al., 2010).

Na maioria das vezes, o atendimento médico é realizado por generalista, e sua consulta funciona como mera revalidação do receituário ou transcrição de psicotrópicos, sem escuta, sem avaliação de suas condições de saúde e mudanças da vida, ou seja, sem assistência que contemple intervenções mais abrangentes (CAIXETA; MORENO, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009; RIBEIRO et al., 2010). Apesar de reconhecer a importância da intervenção medicamentosa, compreende-se que a associação desse tipo de intervenção às não-medicamentosas trará resultados mais satisfatórios à vida do usuário.

As equipes de ESF parecem à margem da rede, se restringindo a realizar encaminhamentos, em um contexto de “não saber o que fazer” e nem “o que foi feito”. Pode-se pensar que a ESF funciona como porta de entrada, no entanto questiona-se acerca da capacidade resolutiva dessas equipes, quando tal característica baseia-se na capacidade de evitar encaminhamentos (CONSOLI, 2009; LUCCHESI et al., 2009).

A frequência na realização de encaminhamentos pode caracterizar a sensação dos profissionais sentirem-se não instrumentalizados para atender demanda de saúde mental, identificando como melhor alternativa encaminhar para o serviço especializado. De uma forma geral, no SUS, os usuários reconhecem que há uma mudança no modelo de atenção da ESF, porém o foco do atendimento ainda é centrado na queixa-conduta. Há uma maior valorização do atendimento especializado, sendo este percebido como aquele que garante a resolutividade (OGATA; MACHADO; CATOIA, 2009).

Em muitas unidades, frente os encaminhamentos, permanece a lógica da referência/contrarreferência. Nos municípios que se organizam dessa forma, espera-se que, após as pessoas serem encaminhadas a outros serviços, que haja a contrarreferência a fim de que possam ser acompanhadas por sua equipe de atenção básica, ao retornar para seus domicílios.

Porém, o que é visto é a ausência de contrarreferências formais e as informações que se têm acerca dos pacientes encaminhados, são dadas por eles mesmos ou por familiares ao retornarem à UBS em decorrência de outras queixas. Sabe-se que é fundamental a contrarreferência formal para continuidade do atendimento e fortalecimento do vínculo com os profissionais que iniciaram o processo (BARONI; FONTANA, 2009; CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; CONSOLI, 2009).

Apesar da frequência com que os artigos citam a medicação e os encaminhamentos, outras atividades foram citadas, como atendimento psicológico, com intervenção psicoterápica, atividades coletivas de promoção e prevenção em saúde e estratégias

territorializadas de atenção à saúde dirigidas à abordagem da dependência química (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Alguns enfermeiros referiram realizar aconselhamento diante de uma situação de crise que o paciente vivencia, mas de forma pontual, sem um atendimento de enfermagem em saúde mental de forma sistematizada. E apesar de citarem ‘escuta da experiência vivida’ em seus depoimentos, eles não reconhecem a escuta como uma intervenção às pessoas com sofrimento psíquico (CAIXETA; MORENO, 2008).

Ainda neste estudo, os autores discutem a questão da valorização por parte dos profissionais de enfermagem aos procedimentos e ações palpáveis, garantindo a visibilidade do trabalho. Assim, os enfermeiros pesquisados deram ênfase ao controle da medicação psicotrópica, que se faz no serviço estudado (unidade básica de saúde) por meio de um livro, como uma ação de saúde mental de responsabilidade deles. Os mesmos reconheceram que deveriam realizar orientações de forma complementar a esse controle (CAIXETA; MORENO, 2008).

O enfermeiro, apesar do seu potencial e de sua formação ampliada, parece repetir o que historicamente tem marcado a profissão, ou seja, ser o responsável pelo ‘controle’, detendo-se em atividades burocráticas e sem criatividade no campo da saúde mental quando inserido na atenção básica (CAIXETA; MORENO, 2008).

Em um estudo realizado no município de Sobral (CE), os agentes comunitários de saúde, profissionais vinculados às equipes de ESF ou ao PACS, referiram as visitas domiciliares como a principal atividade em saúde mental, se constituindo também uma estratégia de proximidade com as famílias, de uma forma geral e especificamente as que necessitem de cuidados em saúde mental (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

Também referiram supervisão do tratamento medicamentoso, agendamento de consultas clínicas, atividades como a ‘fala e escuta’, o que caracterizaria uma perspectiva dialógica do trabalho, até mesmo porque, historicamente, o profissional de saúde tem sua prática marcada pelo discurso unidirecional (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

A aproximação com as famílias e a criação de vínculos contínuos, tornam os ACS capazes de superar, mesmo que de forma inicial, a prática medicalizante. Além disso, contribuem para a identificação de pessoas em sofrimento psíquico no território, reforçando seu papel reconhecidamente de “elo” entre a comunidade e a equipe de saúde (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009; CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; CONSOLI, 2009; LUCCHESI et al., 2009).

Algumas equipes parecem ter consciência da relevância das abordagens coletivas, indicando uma possível transformação nas concepções e, talvez, nas práticas. Essa percepção de nova forma de ser e de fazer passa por uma noção menos individualizada do sujeito, favorecendo outras formas de conceber a gênese e a solução das doenças (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Alguns aspectos de grande relevância foram pouco citados nos estudos encontrados e ainda parecem não estar bem amadurecidos nas políticas e ações de saúde mental municipais, como propostas ou projetos em saúde mental que envolvam os trabalhadores de saúde aos recursos da comunidade como, por exemplo, centros de juventude, associações de bairro e religiosas, centro esportivo, casas de cultura (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008). Além disso, faltam estratégias que contemplem ações de promoção, de comunicação e educação em saúde, de práticas coletivas, além das individuais (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Os profissionais apontam algumas dificuldades que poderão ser diretrizes frente à necessidade de melhoria da assistência em saúde mental na atenção básica. São elas: falta de capacitação dos profissionais da rede de atenção básica em saúde mental; falta de profissionais especialistas na rede; na presença de profissionais especializados, há falta de comunicação e articulação entre estes e os da atenção básica, e alguns aspectos relacionados aos serviços.

A falta de formação consiste na identificação de que grande parte dos profissionais não sabem lidar com situações que impliquem ações de saúde mental. Assim, a necessidade de formar profissionais para atuarem nesta área é apontada como essencial para a reorganização das ações em saúde mental (CAIXETA; MORENO, 2008; LUCCHESI et al., 2009; RIBEIRO et al., 2010; SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Especificamente os médicos generalistas das equipes ESF ou os clínicos das UBS tradicionais se sentem despreparados para realizarem o manejo dos casos de saúde mental, reconhecendo suas limitações para o diagnóstico psiquiátrico e prescrição de psicofármacos e/ou o ajuste de suas doses (CAIXETA; MORENO, 2008). Alguns se sentem seguros diante da necessidade de prescrição de antidepressivos, mas não de ansiolíticos e antipsicóticos (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Há também o fato de alguns profissionais identificarem a maior inserção da saúde mental na atenção básica, como um acréscimo às suas responsabilidades, e que o interesse é justamente em não realizar atividades desse campo de atenção. Tal resistência pode ser justificada pelo excesso de trabalho, sendo percebida a saúde mental como “mais um problema para resolverem”, mas também pode estar relacionada a questões inconscientes,

peçoais (CAIXETA; MORENO, 2008; LUCCHESI et al., 2009; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A ausência ou falta de profissionais especializados refere-se à necessidade que a equipe sente em ter um suporte fornecido por uma equipe multiprofissional especializada em saúde mental ou psiquiatria, especialmente psiquiatras, como importantes para oferecer retaguarda às atividades nas unidades de saúde (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; LUCCHESI et al., 2009; RIBEIRO et al., 2010).

No entanto, nos municípios com equipes especializadas, a queixa é a falta de comunicação entre estas equipes e as que atuam na atenção básica, o que resulta em um atendimento não integral, com cada profissional fazendo uma parte, de forma fragmentada, sem uma coordenação de um trabalho único (LUCCHESI et al., 2009; SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Há também a dificuldade em mudar o que foi instituído culturalmente, no que se refere à dicotomia mente e corpo, superada na teoria frente às discussões acerca da integralidade da assistência à saúde. Na prática, possivelmente em consequência da longa segregação das pessoas com transtornos mentais, favoreceu-se uma “cultura” em que as equipes de atenção básica se responsabilizariam pelos atendimentos à saúde da população, “exceto” a saúde mental. Assim, o que prevalece é a compartimentalização do cuidado, tratando as doenças físicas, sem que isso signifique cuidar da saúde mental (LUCCHESI et al., 2009; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Há ainda as dificuldades na acessibilidade dos usuários às ações e serviços de saúde mental, caracterizando idas e vindas para marcação de consultas, tempo prolongado de espera das mesmas, excesso de burocracia do processo de trabalho, com preenchimento de papéis em detrimento ao diálogo entre os profissionais de saúde (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Por fim, a infraestrutura limitada, pois não há salas suficientes para atendimento à população e nem um local adequado para a realização de grupos. No entanto, ao referir limitação de espaço, esse poderia ser um motivo de aproximação com outros espaços comunitários próximos à unidade. Afinal, é interessante que as atividades grupais possam se estender no território de abrangência da unidade básica (CAIXETA; MORENO, 2008).

Diante das dificuldades elencadas, pode-se pensar que o cotidiano nas instituições de saúde é o lugar apenas dos conflitos e limites, mas há de se perceber que também poderá ser espaço para projetos inovadores na construção de outras e novas realidades em saúde.

Alguns profissionais se mostram dispostos para realizar atividades de prevenção, acompanhamento e tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, com o desejo de fortalecer a prática de um fazer diferenciado, centrado na família, ou apenas com a inclusão de atitudes simples, mas que requerem o desenvolvimento de competências em diversas áreas do saber (LUCCHESE et al., 2009). Há também enfermeiros preocupados e que desejam mudar a realidade com a inserção de atividades para a população que procura a unidade para adquirir receitas de psicotrópicos (RIBEIRO et al., 2010).

Além disso, para facilitar a comunicação, há propostas como as rodas de conversas frequentes entre os profissionais da unidade (RIBEIRO et al., 2010). Tais realidades apontam na direção de propostas que poderão ser implementadas. Destaca-se, dentre as propostas, a qualificação dos profissionais. Em virtude da importância que a atenção básica assume na rede, especialmente dos municípios de pequeno porte, acredita-se que é de grande relevância direcionar ações para a capacitação dos profissionais da atenção básica a fim de trabalharem norteados pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (CONSOLI, 2009; RIBEIRO et al., 2010).

A maioria dos profissionais se sente despreparada para o cuidado a pessoas com transtornos mentais, e isso pode gerar sentimentos de impotência e frustração. Para minimizar a sensação que estão sendo contrários à ética do cuidar, ao não saberem o que e como fazer, além de reduzir a angústia ao lidarem com situações humanamente e afetivamente complexas, os profissionais desejam se qualificar para atendimento da demanda em saúde mental, apesar da resistência de alguns, conforme já citada anteriormente (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Ao falar em formação da ESF com a equipe de saúde mental não está se pensando em “treinamento” das equipes em procedimentos simplificados da psiquiatria, mas em uma construção recíproca e responsável da prática (CONSOLI, 2009). Além de ações de cuidado direto, espera-se que seja enfatizada a habilidade em articular recursos para lidar com o sofrimento mental nas comunidades, bem como ampliando e incluindo questões a serem trabalhadas, como o preconceito, ainda presente (CAIXETA; MORENO, 2008; LUCCHESE et al., 2009).

Um aspecto da educação de profissionais, principalmente quando inseridos em serviço, é a possibilidade de aprender em um cenário em que as práticas cotidianas e os saberes da equipe sejam a base da aprendizagem (CAIXETA; MORENO, 2008). Os trabalhadores de saúde de quatro equipes da ESF que participaram da pesquisa de Nunes,

Jucá, Valentim (2007) criticaram os cursos rápidos e descontextualizados como modelo de capacitação em saúde mental.

Diante da necessidade de retaguarda de uma equipe com especialistas na área, bem como de formação dos profissionais em serviço, o MS propõe aos municípios o matriciamento ou apoio matricial, no caso, em saúde mental. Trata-se de um suporte técnico especializado realizado junto a uma equipe multiprofissional com o intuito de ampliar sua atuação e qualificar suas ações (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Os municípios poderão operacionalizar o apoio matricial a partir da constituição de equipes para esse fim específico (apoiadores em saúde mental), ou como parte das atribuições de equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou CAPS.

Os autores Delfini et al. (2009) e Figueiredo e Campos (2009), em seus estudos sobre o apoio matricial em saúde mental, verificaram que, inicialmente, os profissionais das equipes de ESF acharam que as soluções seriam dadas pelas equipes matriciais de saúde mental. Depois, eles reconheceram a importância de buscar soluções conjuntas, com a valorização do próprio conhecimento, o que favoreceu para que se sentissem capacitados e autônomos. Além disso, o saber dos ACS foi valorizado, ressaltando que o saber técnico não era dominante.

Os autores apontam que, na medida em que as equipes de ESF compartilhavam e discutiam os casos com as equipes de apoio matricial, se reconhecia uma capacitação horizontal acontecendo nesses encontros entre as equipes. Apesar de não ter dados para afirmar o resultado do apoio matricial, pôde-se perceber que o olhar voltado para o grupo familiar e ao contexto social teve resultados positivos (DELFINI et al., 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Parece haver uma sobreposição de modelos quando os profissionais relatam ‘encaminhar’ os pacientes para os profissionais da equipe de apoio matricial, quase sempre psiquiatra ou psicólogo, enfatizando os atendimentos individuais dos especialistas às outras atividades. Porém, a co-responsabilização dos casos consiste na tentativa de mudar a lógica tradicional de referência, sendo um dos princípios das atividades de apoio matricial.

O apoio matricial ainda é algo recente e, aos poucos, vem sendo desenvolvido nas diversas realidades que compõem o país, representando uma possibilidade de minimizar a distância entre a saúde mental e atenção básica, a fim de garantir a integralidade da atenção, tão necessária para efetiva concretização do SUS.

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, na qual se busca aprofundar as experiências humanas e o significado delas dentro de um contexto específico. Tais pesquisas geram dados que permitem uma compreensão da complexidade da realidade estudada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A abordagem qualitativa implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa para extrair desse convívio, os significados visíveis e latentes. Para isso, estuda um fenômeno no local em que ocorre, visando dar sentido a ele, mediante interpretação dos significados que as pessoas envolvidas dão aos mesmos (CHIZOTTI, 2003).

Em virtude da subjetividade que envolve as práticas de trabalho no cotidiano de uma equipe, tal abordagem mostra-se mais adequada para atingir os objetivos propostos.

A pesquisa é do tipo descritiva-exploratória. As pesquisas descritivas são utilizadas quando se quer conhecer características de determinados grupos, descrever e analisar relação entre fatos e fenômenos, tomar conhecimento sobre as questões do que, com quem e como e a sua relação com o objeto de estudo (FERNANDES; GOMES, 2003).

As pesquisas exploratórias têm por finalidade desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, além de proporcionar maior familiaridade com o problema, a partir da aproximação do pesquisador com determinado fato, para aprofundamento em pesquisas posteriores (GIL, 1999).

Além disso, a pesquisa se caracteriza como um estudo de caso. O mesmo é compreendido como uma categoria de pesquisa que considera a unidade estudada como um todo, ou seja, o caso pode ser uma comunidade, instituição, família ou indivíduo que deve ser analisado profundamente (MARTINELLI, 1999).

A partir da captação da expressividade humana em atividades cotidianas, o estudo de caso propõe explorar e aprofundar os dados para a transcendência da realidade investigada, compreendendo os elementos mais significativos a fim de promover a ruptura do senso comum (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada em uma unidade básica de saúde da família do município de Guaiúba-CE. A cidade localiza-se a 26,1 Km de Fortaleza, a capital do estado. Sua população é de 24.091 habitantes, sendo predominantemente urbana, com 78,36% de residentes nesta área (IBGE, 2011). Possui área geográfica de 254 Km², divididos em sede e cinco distritos: Água Verde, Itacima, Dourado, Baú, e São Jerônimo.

No município, a ESF tem ganhado prioridade em sua implantação, atingindo cobertura de 85%. Atualmente, há oito equipes (sete com equipes de saúde bucal), sendo três na área urbana e cinco na área rural. Dispõe de um hospital de pequeno porte na área do centro do município, bem como de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 1), que iniciou suas atividades em 2009, composto por uma equipe de assistente social, psicóloga, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas e fisioterapeutas.

A escolha da equipe se deu por sorteio, no dia 10 de janeiro de 2011, com auxílio da coordenadora da atenção básica. Para o sorteio, foram excluídas as duas equipes em que a pesquisadora trabalhou anteriormente como enfermeira da equipe de ESF e gerente da unidade de saúde. Tal decisão se deu em consequência à utilização de grupo focal como um dos métodos de coleta de dados (detalhado melhor a seguir), e, a recomendação de que os participantes do mesmo não conhecessem muito o moderador, frente ao risco de inibir manifestações e coibir a espontaneidade (GATTI, 2005).

Assim, das oito equipes de ESF do município, seis participaram do sorteio e a equipe selecionada foi uma equipe da sede, a Unidade Básica de Saúde da Família Clóvis Teixeira, mais conhecida como “posto Pinheiro”. Está localizada no bairro Pinheiro, em uma área central do município, próximo ao comércio, sendo de fácil acesso, em virtude do fluxo estabelecido para a circulação de transportes coletivos, e consequentemente de carros. Além disso, está a dois quarteirões da Secretaria de Saúde e ao lado do NASF.

A unidade de saúde tinha três consultórios (médico, enfermeiro e dentista), uma sala de vacinas, um ambulatório de enfermagem, uma sala para dispensação de medicações, uma sala de suporte para esterilização, um almoxarifado, dois banheiros (um para os funcionários e outro para os pacientes) e uma cozinha. Tinha uma sala para organizar arquivos e registros, como prontuários e formulários, conhecida por SAME, que funcionava como a recepção da unidade. Tinha uma área central, que se comunicava com as salas, em que os pacientes ficavam aguardando atendimento em bancos de alvenaria. Conjuntamente, funcionava o

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Todas as portas eram identificadas com placas.

Essa estrutura apresentava algumas limitações. A cozinha era muito pequena e, além disso, não tinha porta, o que favorecia que os pacientes tivessem acesso aos profissionais mesmo quando estivessem em período de almoço, por exemplo, prejudicando muito sua privacidade.

O ambulatório de enfermagem tem uma janela com grade que se comunica com a área externa do posto, favorecendo que as auxiliares de enfermagem fossem, com frequência, questionadas acerca de informações sobre a unidade. Elas se queixavam porque eram interrompidas em meio à realização de procedimentos.

Elas entendiam que as informações poderiam ser melhor esclarecidas se os vários pacientes entrassem na unidade e se dirigissem à sala do SAME, que, no caso, funcionava como a recepção. No entanto, pela sala ter uma porta, os usuários que não estavam familiarizados com a unidade, demonstravam não saber onde solicitar uma informação. O aspecto positivo dessa estrutura era o fato de favorecer ao setor certa privacidade, possibilitando espaço para uma escuta mais atenta da necessidade do usuário.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes foram todos os profissionais de uma equipe ESF com saúde bucal (médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem, auxiliar em saúde bucal, agentes comunitários de saúde) e os profissionais que trabalham junto à equipe de saúde, realizando atividades complementares, como a organização dos prontuários (SAME), dispensação de medicamentos e serviços gerais. A inclusão desses participantes se deu por acreditar que poderiam contribuir, pois além de partilharem o cotidiano ao lado das equipes, estão inseridos no contexto da comunidade.

Assim, participaram 16 profissionais, um médico, uma enfermeira, uma dentista, duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, seis agentes comunitários de saúde, dois profissionais do SAME, uma pessoa que dispensa as medicações e uma pessoa que responsável pelos serviços gerais.

O critério de inclusão dos participantes foi ser membro da equipe de ESF sorteada do município de Guaiúba (CE) e o critério de exclusão foi estar de férias ou qualquer outro tipo

de afastamento durante o período de realização da coleta de dados da pesquisa. Em virtude disso, duas ACS, uma auxiliar de enfermagem e um médico, por motivo de férias, não puderam participar.

3.4 Método de coleta dos dados

3.4.1 Os direcionamentos teóricos para a observação e o grupo focal

A **observação** consiste em um meio utilizado pelos seres humanos para conhecer e compreender as pessoas, as coisas, os acontecimentos e as situações mediante a utilização dos seus sentidos. Torna-se uma técnica científica quando, através do planejamento, se utiliza não apenas para ver, mas examinar com vistas a compreender melhor o fenômeno estudado (QUEIROZ et al., 2007).

Os métodos de observação buscam captar diretamente os comportamentos e os eventos, possibilita obter a informação no momento em que ocorre o fato, proporcionando profundidade e variedade de informações. No entanto, suas desvantagens incluem dificuldades éticas e vulnerabilidade frente às possíveis reações do observado e ampla margem à subjetividade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; RICHARDSON, 2007).

Há vários tipos de observação, entre as quais, a simples ou não participante, escolhida para a realização desta pesquisa. O investigador atua como expectador atento, e considerando os objetivos da pesquisa, registra as ocorrências interessantes para a compreensão do seu objeto de pesquisa (RICHARDSON, 2007).

A opção por esse tipo de observação deu-se em virtude da necessidade de aproximação com o campo de estudo, porém não mais como enfermeira assistencial da ESF, mas como pesquisadora, em uma tentativa de refinar o olhar, a fim de perceber aspectos mais sutis que uma imersão mais participante do campo poderia inviabilizar.

O **grupo focal** é um método em que o pesquisador reúne pessoas que fazem parte de um público-alvo de sua investigação, em um mesmo local, por certo período, tendo como finalidade coletar informações sobre um tema específico, a partir do diálogo com e entre eles (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Há diferenças entre a entrevista grupal e o grupo focal, considerando o papel do entrevistador e o tipo de abordagem. O papel do entrevistador grupal é mais diretivo e sua relação é dual, ele e cada um dos participantes. O moderador do grupo focal assume o papel de facilitador da discussão, conversação entre os membros, estando seu interesse na interação entre os participantes do grupo, no jogo de interinfluências na formação de opiniões. Sua interferência deve ser pontual, somente para esclarecimento de opiniões ou introduzir/concluir tópicos para o debate (BUNCHRAFT; GONDIM, 2004; GONDIM, 2002).

Além disso, a unidade de análise do entrevistador grupal é o indivíduo, ao contrário do moderador de grupo focal que tem o próprio grupo como unidade de análise (GONDIM, 2002). Dessa forma, o mais importante é a interação entre os participantes, não tendo como meta a busca pelo consenso, ao contrário, é salutar identificar posições diversificadas desencadeadas pelo processo grupal, discutí-las e refiná-las numa abertura a diversas opiniões (BUNCHRAFT; GONDIM, 2004).

As informações produzidas se dão em consequência da reflexão expressa através “da fala”, permitindo que as concepções, impressões e conceitos possam emergir, não sendo meramente expositiva ou descritiva, mas uma “fala em debate”, considerando que os diversos pontos de vista devem ter espaço para que possam ser discutidos (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Para a maioria dos pesquisadores brasileiros, durante os encontros grupais, um pesquisador assume o papel de moderador e o outro agrega as funções de relator, observador e operador de gravações. Após cada reunião, as funções de transcritor e digitador podem ser divididas de forma igualitária (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

O pesquisador no papel de moderador é o responsável pela motivação, início, desenvolvimento e conclusão dos debates, sendo o único que pode interagir com os participantes, devendo fazê-lo de forma não diretiva, abstendo-se de posturas influenciadoras. O outro pesquisador, no papel de observador, relator e operador de gravações tem como objetivo analisar e avaliar o processo de condução do grupo focal, atendo-se aos participantes isoladamente e em suas relações com o moderador (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

A composição dos grupos pode ser definida como homogênea ou heterogênea, considerando a presença ou ausência de alguma característica comum entre os participantes, respectivamente, e que interesse ao estudo do problema (GATTI, 2005). A duração dos encontros grupais, para a maioria dos pesquisadores, varia de uma a duas horas.

O número de participantes deve ser pequeno o suficiente para que todos os participantes tenham condições de partilhar suas opiniões e grande o bastante para que possam manifestar a diversidade de percepções, com vistas à saturação de cada tópico proposto. Assim, os autores, de uma forma geral, orientam o mínimo de quatro e o máximo de doze participantes (BUNCHFT; GONDIM, 2004; IERVOLINO; PELICIONI, 2001; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002;).

Para a condução das discussões no grupo, orienta-se a utilização de um roteiro cujo objetivo é facilitar a dinâmica grupal, permitir um aprofundamento da discussão e fornecer aspectos significativos para a análise. O mesmo deve ser um instrumento flexível e adaptável, sendo permitida a inclusão de tópicos surgidos no decorrer das reuniões, considerando a relevância frente o tema estudado (BUNCHFT; GONDIM, 2004; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Dentre as vantagens do método, está a agilidade na coleta de dados, a apreensão de um fenômeno que emerge das interações grupais, a relação direta com os participantes e a amplitude de diversificação de respostas. No entanto, a impossibilidade de fazer generalizações dos resultados, a subjetividade do moderador e a abordagem apenas no nível verbal são alguns dos limites (BUNCHFT; GONDIM, 2004).

Neste estudo, optou-se pelos grupos focais considerando seu potencial em permitir ao pesquisador compreender contraposições e contradições de um grupo relativo a um tema, revelando o grau de consenso sobre o mesmo.

3.4.2 A experiência em campo da observação e do grupo focal

A coleta de dados ocorreu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2011. Foram realizadas 105 horas de observação das atividades da equipe de ESF e 16 horas destinadas às atividades relacionadas aos grupos focais, como a organização do local e a realização propriamente dita do grupo.

A observação foi utilizada como método exclusivo nas duas primeiras semanas, sendo realizada durante os dias úteis, escolhidos aleatoriamente. Por causa da necessidade de deslocamento para o município em que a pesquisa estava sendo desenvolvida, optou-se por fazer a observação dos turnos manhã e tarde, seguidos.

O horário de funcionamento da unidade era das 8:00 às 16:00 horas, com intervalo das 12:00 às 13:00 horas para almoço. Porém, na maioria das vezes, os profissionais de nível superior saíam, aproximadamente, às 15:00 horas, horário em que tinham concluído suas atividades. Como a unidade, após este horário, ficava praticamente sem atividades, a pesquisadora escolheu seguir a rotina deles, permanecendo na unidade por sete horas. Em alguns dias, com o intuito de observar a unidade antes ou após a presença do médico, da enfermeira e da dentista, ela chegou antes ou saiu depois, permanecendo na unidade apenas com os profissionais de nível médio.

O principal local de observação foi a UBS, mas também alguns domicílios em que foram realizadas visitas domiciliares com membros da equipe, bem como um encontro na prefeitura da cidade. Neste dia, todos os funcionários da unidade foram convidados a participar da Pré-Conferência Municipal de Saúde e a pesquisadora considerou relevante observar a equipe também neste contexto.

Na UBS, a pesquisadora observava o fluxo de pacientes e profissionais na área central, sentada junto aos pacientes. Com frequência, ia ao ambulatório e SAME para entender “mais de perto” como os profissionais realizavam suas atividades. Esse momento também reduzia as distâncias entre eles e a pesquisadora, favorecendo a criação de vínculo, facilitando a condução dos grupos focais, com provável redução da sensação de estar sendo observado e, de alguma forma, avaliado.

Quanto às visitas domiciliares, a pesquisadora foi a uma por solicitação da enfermeira e outras em consequência do seu próprio desejo de acompanhar o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Tal solicitação ocorreu por perceber a necessidade de aproximação do território e do trabalho cotidiano desses profissionais. As ACS foram escolhidas em virtude da disponibilidade e proximidade da área ao posto, considerando que as visitas iriam ser feitas caminhando, na tentativa de conhecer a realidade de “um dia típico de um ACS”.

Para a observação, foi utilizado um roteiro (apêndice C). De uma forma geral, o espaço físico, a organização e divisão do trabalho, o desenvolvimento das atividades na unidade e fora dela, as lideranças na equipe, a comunicação entre as diversas pessoas envolvidas (gestão com os membros da equipe, os membros da equipe entre si e eles com a comunidade) foram os aspectos observados.

O diário de campo foi utilizado para registro descritivo das observações, bem como para anotar ideias analíticas sobre os fatos. Ele fundamentou a descrição do Cenário de Estudo (item 2.4.2), a descrição da equipe e seu funcionamento (item 2.5.1), bem como algumas

observações citadas ao longo da discussão. A utilização do registro tal qual estava no diário de campo ficou restrita a algumas observações de maior relevância.

Para os grupos focais, a pesquisadora responsável pelo estudo assumiu o papel de moderadora, e outra pesquisadora, mestranda em enfermagem da Universidade Federal do Ceará, foi convidada para desempenhar os papéis de observadora e operadora de áudio. O contato se deu informalmente. Ela já conhecia o método e a literatura referente a grupo focal.

Foram realizados quatro grupos, com a presença de 13 participantes no primeiro e segundo, 10 e 9, no terceiro e quarto encontro, respectivamente, com uma média de 11 participantes por grupo. Como todos eram vinculados a uma equipe de ESF, pode-se considerar que foi um grupo homogêneo.

O local dos encontros foi a própria Unidade Básica de Saúde da Família, no consultório da enfermeira. Inicialmente, a pesquisadora tinha planejado com a coordenadora da atenção básica, o Centro de Arte e Cultura (CEARC). O mesmo conta com uma boa estrutura, salas amplas, e distante alguns quarteirões da unidade.

Porém, posteriormente, a equipe achou melhor permanecer na unidade, em virtude da familiaridade com o local e para evitar deslocamentos, mesmo que pequenos. A equipe também acordou que o dia mais adequado para os grupos focais seria a quarta-feira, das 9:45 às 11:15 horas, podendo ser estendido até às 11:30 horas, caso houvesse necessidade.

A partir dessas definições de local e horário, foi encaminhado à Secretaria de Saúde do município um ofício, informando e solicitando a dispensa dos profissionais envolvidos na realização do trabalho junto à comunidade, para a realização da coleta de dados. A pesquisadora reforçou pessoalmente à farmacêutica que, durante os momentos de realização dos grupos focais, os pacientes seriam orientados a buscar medicação na Central de Assistência Farmacêutica (CAF), em virtude da participação da profissional que realiza a dispensação de medicamentos na unidade.

Tendo sido aprovado, os encontros aconteceram semanalmente, com exceção do último, por causa de uma reunião que os ACS tiveram com o secretário de Saúde, sendo prorrogado para a quinta-feira da semana seguinte (na quarta-feira haveria outra reunião).

Nos dias de realização dos grupos focais, o médico e a dentista atendiam menor número de pacientes e a enfermeira não agendava exame de prevenção ao câncer ginecológico. Ressalta-se que a população não foi prejudicada, pois os profissionais se comprometeram em ajustar esses pacientes ao longo da semana.

A população foi comunicada por escrito acerca das modificações no atendimento nas manhãs das quartas-feiras. Em todos os grupos, era colocado um aviso na porta da sala solicitando que não interrompesse.

Durante a realização do grupo, a equipe decidiu escolher um profissional do SAME para orientar verbalmente quem procurasse atendimento na unidade. Além disso, também foi escolhida uma auxiliar de enfermagem para alguma necessidade urgente de realização de procedimentos de enfermagem. Consequentemente, esses dois profissionais não participaram dos grupos focais. Porém, como na unidade havia outros funcionários desempenhando essas funções, tal decisão não interferiu para que no grupo tivessem representantes de pessoas com diferentes atividades na equipe.

Antes da realização dos encontros, a pesquisadora e a observadora conversavam sobre os tópicos que seriam desenvolvidos, tendo por referência o roteiro com as questões norteadoras (apêndice B). No dia anterior, a pesquisadora enviava mensagens de texto para os celulares de todos os participantes, lembrando e motivando para o encontro, a ser realizado no dia seguinte.

No dia dos encontros, ao chegarem na unidade, a pesquisadora e a observadora preparavam o local, retirando alguns objetos do consultório da enfermeira, a fim de ampliar o espaço. Apesar da sala ser pequena, o ar-condicionado, a boa iluminação e o silêncio do ambiente externo favoreciam a realização dos encontros. As cadeiras eram organizadas em círculo, bem próximas umas das outras. Havia uma mesa para pôr o gravador e o roteiro impresso.

Durante os grupos, os diálogos eram áudiogravados mediante utilização de um gravador digital profissional portátil. A observadora registrava anotações acerca dos aspectos mais subjetivos dos comportamentos, gestos, expressões faciais e de afinidade, as impressões pessoais, dificuldades e facilidades dos participantes. Em alguns momentos, ela se comunicava com a pesquisadora por escrito, dando sugestões.

No primeiro grupo, foram entregues papel e caneta aos participantes, a fim de anotarem ideias rápidas sem interromper quem estivesse falando. Foi observado que ninguém utilizou os mesmos, e quando questionado, o grupo achou desnecessário, não sendo oferecido nos encontros posteriores.

Nos dois primeiros grupos focais, o tema proposto foi trabalhado apenas com perguntas realizadas pela pesquisadora. Tendo identificado certa dificuldade da equipe em compreender algumas questões e desenvolvê-las, foi utilizado, nos dois últimos encontros, material visual para facilitar as discussões.

Para tanto, foram utilizadas cartolinas grandes, canetas, e vários desenhos feitos de cartolina, representando a população e os espaços comunitários. À medida que as discussões aconteciam, algumas ideias-chaves eram escritas pela pesquisadora, e, ao citarem algo que tinha em desenho, este era colado na cartolina, construindo um mosaico de palavras e desenhos.

Também nesses dois últimos encontros foram utilizadas atividades “quebra-gelo” antes de iniciar o tema propriamente dito do grupo. Tais estratégias favoreceram para melhor desenvolvimento dos encontros, sendo percebida maior participação das pessoas. No término do último grupo focal, a pesquisadora promoveu um almoço para a equipe, a fim de agradecer a colaboração.

Após cada grupo, a pesquisadora e a observadora conversavam, fora da UBSF, acerca das impressões iniciais do encontro. As conversas eram registradas por escrito pela pesquisadora que, posteriormente, realizava sozinha a escuta das falas ocorridas no grupo focal, escrevendo uma síntese das principais ideias desenvolvidas. Assim, eram confirmados ou descartados os pontos anteriormente levantados, bem como identificadas lacunas e dúvidas a serem esclarecidas em encontros posteriores.

Os diálogos foram transcritos integralmente para melhor compreensão das discussões geradas nos grupos, a fim de proceder à análise dos dados.

3.5 Análise dos dados

Os dados se constituíram da transcrição dos diálogos ocorridos nos grupos focais, que foram transcritos integralmente, e pelas observações registradas em diário de campo.

Os diálogos foram interpretados a partir da análise de conteúdo de Bardin (2006). O método busca superar o nível do senso comum, atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Dentre as várias modalidades, optou-se pela análise temática, que mediante um feixe de relações, apresentado por uma palavra ou frase, busca descobrir núcleos de sentido, cuja presença ou frequência signifique algum aspecto relevante para a pesquisa (BARDIN, 2006; MINAYO, 2006).

Operacionalmente, seguem três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Na primeira etapa, o pesquisador se aproxima e se apropria do material de campo, deixando-se impregnar pelo conteúdo para visualizar o

universo estudado em sua totalidade. Em seguida, determina as unidades de registro, a partir do recorte do texto.

Na segunda etapa busca-se classificar o material para que se atinja o núcleo de compreensão do texto. Após agregação das informações, escolhe as categorias responsáveis pela especificação dos temas. Por fim, são propostas inferências, relacionando-as com o quadro teórico pertinente.

As anotações da observação de campo foram utilizadas para complementar a compreensão do objeto de estudo.

3.6 Aspectos éticos

A investigação respeitou os princípios bioéticos postulados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que delimita as diretrizes das pesquisas que envolvem seres humanos. Antes de iniciar a coleta de dados, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), protocolo nº 1221/2010 (em anexo).

Desde o primeiro contato com os participantes, foi feita a explicação dos objetivos e da metodologia, bem como esclarecimentos acerca da liberdade em participar ou não da pesquisa, bem como do direito de se retirar caso desejasse. Foi garantido sigilo e anonimato, tendo a pesquisadora se comprometido a identificá-los por nomes fictícios. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) foi lido antes das observações, e assinado em seguida, por aqueles que demonstraram interesse em participar do estudo, bem como no primeiro grupo focal. Todos os participantes receberam uma cópia assinada pela pesquisadora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo é composto por cinco tópicos. No primeiro deles, **“Conhecendo a equipe”**, serão apresentados os profissionais que fizeram parte da pesquisa, bem como a forma como organizavam as atividades desenvolvidas na unidade de saúde. Os tópicos seguintes serão sobre a discussão das quatro categorias que emergiram dos grupos focais e que se constituíram a essência da análise dos dados.

Na categoria **“Concepções de Saúde Mental”**, serão apresentadas as concepções que os profissionais tinham acerca de saúde mental.

Nas categorias posteriores, serão apresentadas e discutidas as ações de saúde mental realizadas pela equipe. Todas as formas de aproximação com a população tendo em vista o intuito de promover, identificar necessidades de intervenção ou realizar algum cuidado no campo da saúde mental foram identificadas, neste trabalho, como uma ação em saúde mental. As estratégias utilizadas abrangeram o acolhimento, a escuta, o tratamento farmacológico, o encaminhamento aos serviços especializados de saúde mental, bem como quaisquer outras formas que possibilitassem autonomia e melhoria na qualidade de vida.

Entendendo que o grupo de pessoas alvo destas ações é composto por egressos de hospitais psiquiátricos; os que apresentam um transtorno mental e que são acompanhados em algum serviço especializado de saúde mental; os que utilizam psicotrópico com ou sem diagnóstico conclusivo de psicopatologias e os que poderão eventualmente, por motivos particulares da vida, apresentar sofrimento psíquico, sem que isso signifique utilizar medicação ou serviço especializado em saúde mental.

Assim, na categoria **“Quem precisa de intervenção no campo da saúde mental?”** serão discutidas as formas de identificação que a equipe utilizava para identificar as pessoas que precisavam de intervenções em saúde mental. A categoria **“Por quais caminhos eles andam?”** discorrerá acerca dos caminhos que os usuários trilham na rede de saúde, a fim de terem suas necessidades atendidas. E por fim, na categoria **“Entre a medicação e a escuta”** é feita uma discussão mais específica acerca da prescrição de psicotrópicos e escuta no cotidiano da equipe.

4.1 Conhecendo a equipe

De uma forma geral, os atendimentos eram organizados de forma que o médico atendia a “demanda livre”, que são consultas não específicas a um grupo populacional ou programa instituído pelo Ministério da Saúde. A dentista atendia alguns turnos como “demanda livre” e outros destinava a grupos populacionais específicos como crianças e gestantes. A enfermeira realizava suas consultas a partir das áreas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde, com atenção ao controle da hipertensão e diabetes, acompanhamento pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, tuberculose e hanseníase. Eles atendiam com um número predeterminado de fichas, que dependendo da situação, poderia ser modificado.

Um turno semanal era destinado à realização de visitas domiciliares realizadas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Porém, a unidade não contava com um carro exclusivo, ocorrendo a suspensão dessa atividade nas ocasiões em que a Secretaria de Saúde não conseguisse remanejar carros de outras unidades. Na ocasião da coleta de dados, os profissionais demonstraram bastante insatisfação com essa situação, pois a comunidade costuma exigir com frequência esse tipo de atendimento.

O atendimento médico estava organizado a partir de distribuição de fichas por ordem de chegada, com um número delimitado de atendimentos por turno. Para o atendimento de enfermagem, era utilizado o sistema de agendamento, em que as consultas eram marcadas previamente. Para a consulta odontológica, também era utilizado essa forma de organização, mas quem marcava era a auxiliar de saúde bucal, ao contrário dos outros dois, em que os responsáveis eram os profissionais que ficavam no SAME, que também já realizavam a separação dos prontuários previamente.

Na maioria das vezes, foi possível observar uma abertura dos profissionais para conhecer a necessidade do usuário que chegava à unidade, sendo possível perceber um esforço, especialmente das auxiliares de enfermagem e profissionais do SAME, quando o usuário não conseguia uma ficha para ser atendido. Nestas situações, orientava-se como a unidade funcionava e, dependendo da urgência, articulava com o médico, enfermeiro ou dentista a possibilidade de abrir uma exceção, algo como uma “ficha extra”. E, se fosse o caso de um atendimento em serviço secundário ou terciário, ligavam para o hospital e solicitavam uma ambulância para realizar o transporte do paciente.

Após a recepção, se houvesse indicação, os pacientes se dirigiam ao ambulatório de enfermagem para verificação de pressão arterial, peso e glicemia. Recebiam esses dados por escrito e se direcionavam para a área central da unidade para aguardar o atendimento.

A equipe demonstrava dificuldade em lidar com a grande demanda de pacientes. Segundo a pesquisadora pôde observar, essa situação era em decorrência de uma área adscrita extensa (contavam com 1.340 famílias cadastradas) e pelo fato da unidade estar localizada na área central do município, uma área de grande movimentação de pessoas. Informalmente era conhecida como “o segundo hospital”.

Os profissionais estavam tentando se organizar para mudar essa situação entregando fichas apenas para aqueles que residiam na área adscrita da unidade. Para melhorar a situação, foi implantada a realização de um 3º turno de atendimento em alguns dias da semana.

Com a grande demanda por atendimentos, os pacientes costumavam chegar à unidade às 6 horas da manhã para conseguir uma ficha. Como os profissionais do SAME só chegavam às 7:30h, os pacientes aguardam em frente ao posto, em uma área ampla. Eles mesmos organizavam a fila. Falavam disso na unidade sem muita inquietação, com uma postura passiva.

Na ocasião da coleta de dados, a equipe demonstrava dificuldade importante em comunicação. Há um ano, aproximadamente, não realizavam reuniões com a presença de todos os profissionais. O que havia eram encontros da enfermeira com os ACS para preenchimentos de dados do SIAB e conversas informais com alguns profissionais em momentos de menos movimento na unidade.

Foi possível observar que a maioria das pessoas da equipe estava inquieta com esse aspecto, tendo oportunidade de dialogar sobre isso em um grupo focal. Alguns profissionais discordavam de mudanças realizadas sem a anuência de toda a equipe. Havia comentários que expressavam a sensação de que estavam trabalhando individualmente, com pouco senso de trabalho em equipe e raros momentos exclusivos para diálogo e realização de acordos que facilitassem o trabalho de todos.

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE

Mateus: profissional de nível superior, 28 anos, formado há 1 ano, contratado pelo município há 1 ano. Demonstrava muito envolvimento com o trabalho realizado pela equipe de ESF.

Abigail: profissional de nível médio, 47 anos, contratada há 9 anos. Demonstrava discreta insatisfação com o trabalho.

Rebeca: profissional de nível superior, 51 anos, formada há 28 anos, concursada no município há 4 anos. Com vasta experiência em ESF, demonstrava ser uma liderança na equipe com forte caráter conciliador.

Lia: profissional de nível superior, 30 anos, formada há 2 anos, contratada pelo município há 2 anos. Exercia a função de gerente da unidade, além das atividades assistenciais. Demonstrava certa dificuldade em expor suas opiniões para o grupo.

Eva: profissional de nível médio, 42 anos, concursada há 15 anos. Demonstrava compromisso em sua atividade específica, mas pouca interação em relação aos outros profissionais da equipe.

Marta: profissional de nível médio, 29 anos, concursada há 9 anos. Apesar de um pouco tímida, demonstrava realizar suas atividades com empenho e compromisso frente às necessidades da equipe.

Ester: profissional de nível médio, 21 anos, contratada há 11 meses. Estava em processo de inserção na equipe, mantinha uma postura passiva diante das necessidades da mesma.

Ana: profissional de nível médio, 29 anos, concursada há 4 anos. Demonstrava exercer liderança em relação aos trabalhadores de nível médio. Com senso crítico aguçado, no dia-a-dia era participativa e estava atenta ao funcionamento da equipe.

Diná: profissional de nível fundamental, 44 anos, contratada há 11 meses. Demonstrava muita timidez para expor suas opiniões.

Pedro: profissional de nível médio, 33 anos, concursado há 9 anos. Ao longo dos grupos, pareceu bem envolvido com o trabalho que é exercido na unidade. Demonstrava muita sensibilidade para o trabalho junto à comunidade. Apesar disso, ao longo do período de observação, expressou certa desmotivação para continuar a exercer suas atividades.

Maria: 43 anos, ensino médio completo, concursada há 4 anos. De comportamento extrovertido, participou ativamente das discussões grupais.

Sara: 38 anos, ensino médio completo, concursada há 10 anos. Demonstrava muita experiência no desenvolvimento de seu trabalho, gostava de partilhar as situações vivenciadas para levar o grupo a refletir.

Isabel: 38 anos, ensino médio completo, concursada há 10 anos. Demonstrava timidez durante os grupos focais.

**AGENTES
COMUNITÁRIAS DE
SAÚDE**

Débora: 40 anos, concursada há 14 anos. De comportamento mais observador, participava do grupo de forma comedida.

Rute: 47 anos, ensino médio completo, concursada há 16 anos. Participou ativamente dos grupos focais, expondo suas opiniões.

Lídia: 57 anos, ensino médio completo, concursada há 10 anos. De comportamento expansivo, falava muito nos grupos focais e demonstrava muita dedicação ao trabalho.

4.2 Concepções de saúde mental

Esta categoria tem por objetivo sintetizar as concepções dos profissionais pesquisados sobre “saúde mental”. Considera-se relevante a descrição dessas ideias, pois certamente se relacionarão com as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, de forma consciente ou não. Um conceito implica muito mais que um enunciado, mas todo um direcionamento de intervenções sobre o corpo e a vida dos sujeitos (BATISTELLA, 2007a).

A intenção é descrever como o discurso é apresentado, mesmo entendendo que discurso e prática profissional poderão apresentar-se dissociados.

Inicialmente, o grupo investigado teve muita dificuldade em expressar as ideias que sustentavam o que eles entendiam por “saúde mental”. Certamente o motivo é influenciado pelo fato histórico de que, ao longo do tempo, o conceito de saúde parece ter recebido pouca atenção de filósofos e cientistas, ao contrário da doença, cuja explicação foi perseguida incessantemente pelo homem (BATISTELLA, 2007b). No caso da saúde mental, esta se torna objeto da psiquiatria apenas após a II Guerra Mundial (BIRMAN; COSTA, 1994).

Considerando que o objetivo era conhecer as variadas formas de compreender o tema e não necessariamente chegar a um consenso, foi estimulada a expressão das diversas concepções acerca de saúde mental. As ideias transitaram por: ter um comportamento “normal”; tratamento de um transtorno mental; grupo de pessoas com transtorno mental; a forma de cuidar delas e uma forma ampliada de saúde mental. A redução de saúde mental foi relacionada à manifestação de doenças psicossomáticas, além de ser considerada secundária a situações espirituais (“reminiscências”).

As concepções relatadas pelos participantes do grupo focal sobre saúde mental a partir de uma vinculação do **comportamento ou ações de uma pessoa dentro da normalidade** podem ser observadas nas falas a seguir:

A saúde mental é todo o psicológico de uma pessoa, se ela realmente age dentro das maneiras corretas (...), se funciona normal, se tem algum distúrbio (Lídia).

(...) é um equilíbrio entre o pensar e o agir, uma coerência no comportamento (...) (Rebeca).

Pode-se perceber que fora do padrão “esperado” de normalidade, há um campo inexplorado, genericamente denominado de doença, transtorno ou distúrbio. Segundo Sales e

Barros (2007), o que é considerado normal dentro do comportamento humano irá variar conforme a sociedade a qual se estuda ou vive e o tempo histórico de que se trata. No dia-a-dia, um fato ser socialmente aceito o caracteriza como um comportamento normal.

O normal e o patológico são categorias normativas, que propõem ou impõem regras às pessoas. Determinadas áreas do conhecimento estabelecem padrões de comportamento ou funcionamento que determinam o padrão de um organismo sadio. A partir de médias estatísticas do que se deve esperar como funcionamento e expressão da maioria e a partir da cultura, os critérios de avaliação são construídos. Mas a verdade é que os conceitos de normal e patológico são extremamente relativos em virtude de suas definições serem inerentes a um contexto histórico-cultural (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2005).

Em consequência a essa ideia de normal ou patológico, há uma concepção de saúde e doença como situações opostas, ou se tem um ou outro, no caso, saúde mental como ausência de doença, em que o estado individual de saúde exclui a ocorrência de doença.

A visão da saúde como ausência de doença é muito difundida no senso comum. Considerando ao longo da história os esforços direcionados para a explicação da doença, o conceito de saúde foi negligenciado, ou secundarizado, sendo entendida como a “não-doença”. Para a maior parte da população, frente à hegemonia do modelo biomédico, saúde é não estar doente. No entanto, há que se perceber que se trata de uma definição restrita, pois nem sempre a ausência de sintomas indica condição saudável, além do fato da existência de pessoas com doenças crônicas que se sentem com saúde (BATISTELLA, 2007b; SILVA, 2006).

Muito próxima dessa concepção, tem-se a de **saúde mental como tratamento da doença**. Pode-se imaginar que nessa forma de entender, saúde mental é uma meta a ser alcançada mediante intervenção terapêutica e pode-se supor que só aqueles que apresentam alguma doença precisariam de intervenção no campo da saúde mental.

(...) eu acho que é o acompanhamento e tratamento da mente do ser humano (Sara).

(...) só tem acompanhamento mental, as pessoas que têm problemas mentais. Uma pessoa normal, como vai ter um acompanhamento desse tipo? (Lídia).

Tal visão também é restrita, apesar de muito comum nos serviços de saúde, pois reduz as intervenções em saúde mental como estritamente sendo uma assistência ao paciente com transtorno mental. Porém, o paradigma atual em saúde aponta a necessidade de ampliar o

olhar sobre o objeto de trabalho dos profissionais, sendo consideradas as ações de promoção da saúde essenciais para concretizar as propostas da ESF, frente o seu papel de reforma do modelo assistencial hegemônico.

No entanto, a dificuldade em incorporar a promoção da saúde às ações das equipes de ESF, não se dá de forma específica em relação à saúde mental. Em geral, os profissionais ainda apresentam um discurso que revelam um conceito impreciso de promoção da saúde. Os mesmos relacionam a ideia de saúde como ausência de doenças, confundindo, com frequência, promoção à saúde com ações que seriam, na verdade, de prevenção de patologias específicas (HORTA et al., 2009).

Além disso, entre outras dificuldades para maior atenção à promoção à saúde, está o fato de haver grande preocupação com o atendimento à demanda espontânea e falta de recursos humanos nos serviços. Ou seja, o que era para permear todas as ações de saúde, acaba por ser considerada pelos profissionais, como algo separado da clínica, restrita a encontros que não têm o objetivo de empoderar as pessoas nem discutir sobre o cuidado com a saúde (HORTA et al., 2009).

O conceito de promoção à saúde deveria ser entendido como um eixo, em que, a partir dele, vários aspectos poderiam ser articulados. Assim, ações sobre fatores inespecíficos poderiam melhorar as condições de vida da população, com um impacto favorável sobre diversas formas de adoecimento, inclusive o mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O termo saúde mental também foi utilizado para denominar, genericamente, o **grupo de pessoas que necessita ou faz tratamento em virtude de algum transtorno mental**, conhecido popularmente como o “grupo da saúde mental”. Apesar do termo utilizar a palavra “saúde”, é perceptível que, na verdade, há uma referência àquele grupo de pessoas com transtorno mental.

Eu acho que são todos tratados como saúde mental (...). Acho que não pode mais ser tratado como doença (...). Eu vi isso em algum canto (...), não pode mais ser tratado como doido e sim como saúde mental (Sara).

Essa fala demonstra como, para alguns profissionais, as questões da Reforma Psiquiátrica apresentam-se confusas, até mesmo distorcidas, ocorrendo no erro de representar apenas uma troca de termos, “transposições mecânicas que não vão além da repetição da mesma essência do modo asilar, ainda que em novas fisionomias”, sem entender de forma ampla os preceitos nos quais a Reforma está embasada (COSTA-ROSA, 2000, p. 150).

Em sua dimensão epistemológica, a Reforma Psiquiátrica caracteriza-se por um conjunto de questões que implicam a desconstrução de conceitos essenciais da psiquiatria, como saúde e doença mental, terapêutica, normalidade, dentre outros, não apenas negando, mas produzindo novos conceitos rumo a um novo marco teórico. Não se trata de um novo olhar, mas de uma ruptura epistemológica a partir de uma atenção em outro foco, instigando a produção de conhecimento sobre as relações possíveis de serem feitas mediante linhas que dialogam e articulam diferentes disciplinas (YASUI, 2010).

Dessa forma, para que a Reforma Psiquiátrica avance para além da simples implementação de novos (e mais) serviços, é de grande relevância que se tenha profissionais imbuídos de uma postura profundamente distinta do modelo asilar (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Houve também quem considerasse saúde mental como a **forma com que se cuida das pessoas com transtornos mentais**, como pode ser visto a seguir:

(...) é o cuidar da pessoa, (...) se a pessoa é doente mental e é tratada como mental, como louco, ele nunca vai mudar (...). Mas trata o mental com carinho, com atenção, conversando... Comigo, ele nunca teve nenhum momento de loucura (...), porque eu nunca tratei ele que nem louco (...). Claro que têm os agressivos, (...) mas têm uns (...), que só atenção resolve (...). A saúde mental para mim é isso aí, é o tratamento que a gente, pessoas normais, tem com o paciente (Maria).

Esta forma de compreender saúde mental traz em si aspectos de um cuidado humanizado, caracterizado por atitudes como carinho, atenção, conversa, apontando para uma preocupação e envolvimento além dos aspectos biológicos.

Para Ayres (2006), a importância do cuidar nas práticas em saúde é fundamentalmente o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, em que se permite uma permeabilidade do técnico ao não técnico, buscando uma maior autenticidade e efetividade das ações em saúde. Nesse sentido, a dimensão dialógica no encontro entre usuários e profissionais, a partir de uma abertura autêntica em ouvir o outro, rompendo o monólogo técnico-científico, é a mais básica condição de ações de saúde na direção do cuidar.

Pode-se supor que uma relação construída a partir dessa perspectiva, por favorecer segurança e bem-estar, interfere positivamente na saúde mental da pessoa cuidada. No entanto, a fala apresenta uma contradição, pois, sob a ótica do cuidado, a relação entre profissional e usuário poderia ser mais horizontal, não havendo essa diferença demarcadora de

relações de poder desiguais, entre “nós”, os que sabem, no caso, os “normais” e “eles”, os que ouvem, os “anormais”.

Há pessoas que tentam explicar a **redução de saúde mental como consequência secundária a aspectos religiosos**, como lembranças de “vidas passadas”.

(...) eu penso em não somente orgânico (...). Para mim, são reminiscências ainda, alguma coisa espiritual (...) que influencia no desequilíbrio mental (...) (Rebeca).

Esta forma de compreensão pode ser entendida ao revisitar a história, pois os povos primitivos interpretavam as doenças e os transtornos mentais a partir de uma perspectiva mágico-religiosa, entendendo que a doença era uma ação sobrenatural de deuses, demônios, espíritos mobilizados por um inimigo. Além disso, durante a Idade Média (500 a 1500 d.C.), a doença esteve vinculada ao castigo de Deus, possessão demoníaca ou com uma função de expiação dos pecados. Portanto, os cuidados estavam ligados aos rituais de expulsão de espíritos, rezas e benzimentos. Essa visão ainda exerce muita influência na sociedade contemporânea (BATISTELLA, 2007a; ARANHA e SILVA; FONSECA, 2003).

No caso, o termo reminiscências é vinculado à crença de consequências de “vidas passadas” ou Lei do Carma, ou seja, tudo o que a pessoa faz fica registrado ao longo de suas vidas. Assim, o que pesar a seu favor lhe será dado como mérito e aquilo que vier contra, lhe será cobrado. Nessa perspectiva, o espiritismo explica a loucura como meio de um “espírito padecedor” expiando por erros pregressos (LEI DO CARMA, 2011).

Dentre os outros modelos explicativos para entender a doença, no século XIX, com a identificação de diversos micro-organismos, e início da era bacteriológica, cria-se o modelo unicausal em que se acreditava haver uma única causa para explicar a doença. O impacto disso mudaria definitivamente a forma de perceber saúde e doença. Ao mesmo tempo em que foi benéfica, pois se passou a visualizar o que antes era invisível, o processo saúde-doença é reduzido a aspectos verificáveis com extrema objetividade (BATISTELLA, 2007a; OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Porém, historicamente, a relação linear de causa e efeito mostrou-se insuficiente para explicar doenças associadas a vários fatores de risco, como é o caso da atual compreensão de transtornos mentais. No entanto, tal relação ainda parece estar presente no imaginário das pessoas, vinculando um transtorno a uma causa específica, no caso, não vinculada a um agente infeccioso mas a um comportamento. Isso pôde ser percebido pela utilização da expressão “pegar” um transtorno, como pode ser visto nas falas a seguir:

(...) ela estava em tempo de pegar uma depressão (Lídia).

(...) já faz muitos anos que ela começou a ficar só em casa. Ela automaticamente foi pegando aquela depressão... Ela começou a não querer mais se alimentar (...) (Débora).

Para Batistella (2007a), apesar das concepções de saúde e doença serem consideradas passado, do ponto de vista histórico, na verdade, nenhuma delas foi superada, convivendo e disputando espaços de compreensão e intervenção até hoje.

Ainda tentando entender saúde mental, alguns participantes mencionaram a **relação direta entre a saúde mental e a saúde física**, como mostra a fala a seguir:

(...) às vezes, o desequilíbrio emocional é tão grande, que reflete na sua parte orgânica. É preciso que haja um equilíbrio... Com tratamento dos dois lados, uma coisa concomitante, porque a gente não pode viver uma pessoa separadamente, corpo de um lado e espírito ou mente do outro (...). Se você não trata essa questão, invariavelmente ela vai refletir no seu orgânico (Rebeca).

Nessa perspectiva, a diminuição da saúde mental reflete-se no corpo, ocasionando doenças físicas de cunho psicológico, sendo denominadas de doenças psicossomáticas ou somatização.

Tais termos são empregados em uma série de entidades nosológicas caracterizadas pela presença de vários sintomas sem explicação médica (SEM), sendo muito associados ao sofrimento mental. São frequentes em serviços de atenção básica à saúde e ligados às diferentes culturas latino-americanas. Parecem ser linguagens de sofrimento culturalmente sancionadas que podem ser usadas na presença de transtornos mentais ou numa situação de sofrimento psíquico sem o diagnóstico em si do transtorno (TÓFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011).

Pode-se entender que essa perspectiva traz em si uma concepção não fragmentada do ser humano. Mas até que ponto essa concepção influencia no tipo de cuidado que é ofertado na unidade de saúde? A atenção para além do corpo físico tem sido preocupação dos serviços?

Há também no grupo, pessoas que apontam para uma **ampliação da compreensão de saúde mental**, como algo mais que ausência de doença. A saúde e a doença são entendidas como estados dinâmicos, que caracterizam o processo natural da vida, em decorrência de momentos específicos que são mais geradores de saúde ou desencadeadores de quadro de sofrimento psíquico com ou sem transtorno, como se pode observar nas falas a seguir:

(...) saúde da mente, que pode estar saudável, ou pode adoecer. Depende da ocasião, do momento (...) (Ana).

O dia-a-dia da vida da gente (...). Eu sempre fui assim, uma pessoa bem centrada, calma (...), agora, eu já fico ansiosa (voz trêmula) (...). Alguns problemas que apareceram na minha família (...). A gente começa já a mudar o ritmo da gente (...), a gente vai mudando, o dia-a-dia da vida da gente é que faz a transformação na saúde (Débora).

A partir da vivência dessas ACS, o grupo passa a pensar o termo saúde mental muito mais relacionado com as experiências pessoais de vida. Reconhecem que saúde e doença não são tão estanques, excludentes, e que podem coexistir, manifestando-se no dia-a-dia na forma de comportamentos que ora se aproximam ora se distanciam do que eles compreendem ser sua pessoa.

Chegam a comentar que o transtorno mental pode estar tão presente como qualquer outra doença que possam vir a desenvolver, no entanto, discutem isso sob a ideia de que cabe a cada um desenvolver o autocontrole para manter-se sem doença.

(...) todo ser humano tem um pouco de loucura. Aí, cabe ao ser humano controlar os seus sentimentos, os seus impulsos, o seu interior, para que não chegue a enlouquecer. Porque todos nós, a qualquer momento, podemos ter uma crise... (Sara).

(...) cabe a cada um ter o seu autocontrole (...), porque se eu não me controlasse tanto, já tinham me botado numa camisa de força (ri) (Lídia).

Com as reflexões que o próprio grupo desenvolve, a discussão passa a ser o reconhecimento de fatores que influenciam a saúde mental deles mesmos ou das pessoas próximas. Assim, apontam como favorecedores de saúde mental: a vivência de uma religião, mediante a oração ou o apoio de religiosos, o apoio de familiares e amigos na disposição para escutar, o fato de estar em uma situação economicamente mais favorável.

Aí, ela começou a conversar com o pastor da igreja dela, começou a equilibrar, não ter medo, não se assustar (...) e não desandar o emocional (...) (Sara).

A pessoa necessita de um apoio, uma atenção, uma ajuda (...). Eu também agora sou evangélica, eu procurei a igreja. Eu chorava muito (voz trêmula)... Eu conversei até aqui, com a enfermeira (...). À noite, também, eu converso com meu filho (...). Ele me dá cada abraço, que me dá aquela paz... tão grande, no meu corpo inteiro (...). Quando eu estou bem estressada mesmo, eu dou um abraço nele (...). Porque

problemas todos nós temos, e, às vezes, aparecem uns a mais, mas sempre a gente tem que ter o apoio de alguém... Por isso que a gente tenta superar. Eu oro muito, graças a Deus. (...) saúde mental é carinho, principalmente do filho que a gente ama e que a gente sabe que ele ama a gente (Débora).

Se soltar um monte de dinheiro, resolve tudo... (Pedro)

Como também foi visto no trabalho de Salles e Barros (2007), os participantes entendem que fatores não específicos do setor saúde contribuem diretamente para uma melhor saúde mental, como o apoio de familiares e amigos e práticas religiosas.

Para Alves e Rodrigues (2010), cada vez mais se tem o entendimento de que saúde mental é consequência de múltiplas e complexas interações de aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O suporte familiar e a saúde mental têm sido associados, a partir da compreensão de que as relações sociais apresentam um importante papel na manutenção e na promoção de saúde mental. Assim, um tipo de intervenção para a saúde mental poderá ser, pensar programas que enfatizem o suporte da família como fator preventivo e de proteção frente ao desenvolvimento das doenças mentais (SOUZA; BAPTISTA, 2008).

A forte relação entre envolvimento religioso e melhor saúde mental, bem como bem-estar e enfrentamento exitoso de situações adversas têm sido estudadas e apontadas como campo clínico e de pesquisa com potencial. Apesar disso, ainda há de se compreender melhor os fatores mediadores dessa associação e como isso poderá ser aplicado na prática clínica (KOENIG, 2007; MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Dentre os determinantes sociais da saúde mental, estão fatores como condições laborais, educação, pobreza, habitação, urbanização, precocidade em vivências estressantes. A pobreza, entendida como falta de meios, não apenas bens materiais, mas também sociais e educacionais, tem sido relacionada à ocorrência de transtornos mentais, pois o baixo nível socioeconômico favorece adversidades ambientais, como eventos estressantes na vida, má qualidade de cuidados maternos, escassos recursos sociais (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Os autores também colocam que talvez a pobreza esteja relacionada a uma consequência da doença, pois as limitações condicionadas pela mesma culminam em uma baixa escolarização, desemprego, tensão familiar contribuindo para que essas pessoas se enquadrem em uma condição de baixo nível socioeconômico (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A partir disso, pode-se inferir que o grupo, mesmo sem ter “consciência” discutia outro modelo de entender o processo saúde-doença, o de determinação social. Nele, várias

dimensões da vida envolvidas nesse processo, como os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos são articulados e denominados de Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Nesse modelo, as condições de vida e trabalho das pessoas e dos grupos populacionais estão diretamente relacionados com as suas situações de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Apesar do grupo investigado demonstrar uma superação da concepção estritamente biologicista, não foi muito discutida a dimensão coletiva envolvida no processo saúde-doença, como o papel da estrutura social e a responsabilidade do Estado interferindo nesse processo.

Nessa forma de compreender, a noção de “causa” da doença é substituída pela de “determinantes e condicionantes”, buscando uma explicação mais abrangente, integrando as várias dimensões da vida de forma sistêmica. Esse conhecimento deverá repercutir em intervenções, desde políticas de saúde às práticas de saúde em serviços que estejam empenhados em promover estilos de vida saudáveis, com a redução de fatores de risco para o sofrimento psíquico (ALVES; RODRIGUES, 2010). Para tanto, faz-se necessário uma revisão acerca do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e formas de organização dessa prática, olhando não apenas para a doença (BATISTELLA, 2007a; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesse sentido, provocados a uma reflexão de suas práticas cotidianas, muitos exemplos do dia-a-dia foram citados, especialmente pelas ACS. Um deles, por se tratar de um paciente com transtorno mental muito conhecido por toda a equipe, mediou uma discussão que envolveu o grupo a questionar a importância que tem se dado a determinadas opções terapêuticas, como o extremo valor da medicação em detrimento de outros aspectos que o próprio grupo estava refletindo que eram importantes ao se realizar a assistência em saúde mental, como pode ser visto a seguir:

(...) a Sara (ACS) falou que a medicação faz com que a pessoa tenha o seu equilíbrio. E ele, na casa dele, não usa a medicação direto? Por que dá o desequilíbrio? Eu vejo que na casa dele não tem o equilíbrio para manter ele lá, (...) são mais doidos do que ele (...). A mãe dele disse que ele se deita no meio da pista (...). Eu já percebi que ele faz isso quando briga com a mãe, quando briga com alguém em casa (...) (Maria).

Nesta fala, o “desequilíbrio”, entendido como a manifestação da doença, é relacionado, pela participante da pesquisa, pelo menos em parte, com a desestruturação familiar. O ambiente familiar e suas relações é apontado como fator de adoecimento psíquico.

Esta ideia permite pensar que o diagnóstico restrito a um paciente, na verdade, manifesta as dificuldades do grupo familiar do qual ele faz parte.

Para Pichon-Riviére (2005), a doença mental não é a doença de um sujeito, mas do grupo familiar. O doente desempenha um papel, o de porta-voz das ansiedades desse grupo. Sendo o depositário das tensões e conflitos, torna-se o portador de aspectos patológicos nesse processo interacional de dar e receber papéis, denunciando o conflito e caos subjacente à sua patologia.

A fala também questiona a supremacia da medicação em contrapartida a um ambiente familiar que favoreça saúde. Afinal, nos serviços de ESF, que se propõem a ter o cuidado com foco na família, qual tem sido o olhar dos profissionais de saúde para essas questões? Como a família é integrada ao cuidado? Ela tem sido acessada apenas para receber orientações medicamentosas e referentes ao diagnóstico? É aquela que fornece informações aos profissionais sobre o doente? Que tipo de demanda a família apresenta? Estariam sobrecarregados, desorientados, culpabilizados ou esquecidos? No grupo, um dos participantes colocou essa questão, como descrito a seguir:

Muitas vezes, não só os pacientes têm demandas, como até os próprios familiares (Mateus).

É de grande importância essa discussão por se tratar de uma equipe que trabalha diretamente com famílias, mas também por entender que romper com o modo asilar, proposto pela Reforma Psiquiátrica, implica instaurar o modo psicossocial, que dentre outros aspectos, compreende a família de forma diferenciada.

No modo asilar, a ênfase está no indivíduo, visto como doente, tanto em relação à família como ao seu contexto social mais amplo e, por isso, a intervenção será centrada nele. Ele é entendido como o centro do problema e a família só se aproximará do cuidado com uma função pedagógica e assistencial (COSTA-ROSA, 2000).

No modo psicossocial, considera-se que o indivíduo não é o único que merece atenção, sendo relevante a inclusão da família, e eventualmente, a inclusão de um grupo mais ampliado, em virtude da ênfase que se dá ao indivíduo em seu grupo familiar e social, compreendendo-os como agentes de mudança. A razão disso está em entender que o transtorno mental não é um fenômeno individual, mas social e como tal deverá ser pensado. Assim, as formas de participação da família superam as posturas assistencial e orientadora, características do modo asilar (COSTA-ROSA, 2000).

Ainda sobre o modo psicossocial, alguns participantes demonstram não entendê-lo, bem como seus pressupostos, sendo isto mais perceptível pelo tom de voz dos comentários. Eles acham que há uma contradição em ter uma vida “normal”, inserida em sua comunidade, realizando atividades condizentes a esse contexto, e também manifestar um transtorno mental. Isso pode ser visualizado na fala a seguir:

Ela entra no supermercado, faz compras (...). A mãe dela disse que ela ia até Fortaleza e voltava sozinha (...). Um dia eu fui cumprimentar ela, ela quase me engole (...). Eu fico assim, sem saber o que fazer... (Débora).

Além disso, o fato de “não saber o que fazer” aponta para a necessidade de formação dos profissionais a fim de que possam entender o modelo que se espera ser operacionalizado no cotidiano com a participação deles, sendo necessário que projetos educacionais os incluam, munindo-os com recursos capazes de torná-los reais colaboradores (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

4.3 Quem precisa de intervenção no campo da saúde mental?

O objetivo dessa categoria é descrever como no dia-a-dia do serviço, a equipe reconhece as pessoas e/ou famílias com necessidade de intervenção no campo da saúde mental. Para tanto, o grupo investigado foi estimulado a definir quem são as pessoas com sofrimento psíquico, onde elas estão e como a equipe faz para identificá-las.

Os profissionais, em sua maioria, apesar de reconhecer a presença de homens e crianças, consideram que as mulheres são as que mais procuram a unidade de saúde, conforme pode-se observar a seguir:

Quem procura mais é mulher (...) os homens não vêm muito não (Pedro).

Em geral, os serviços de saúde são mais buscados por mulheres do que por homens. A procura por mais atendimentos em saúde está relacionada ao fato de terem uma percepção pior de sua saúde, além de expressarem mais facilmente seus sintomas (LUDERMIR, 2008; RABASQUINHO; PEREIRA, 2007; TRAVASSOS et al., 2002).

No caso específico dos transtornos mentais, são apontadas como grupo que se encontra em situação de risco. A vulnerabilidade feminina está relacionada à expansão de papéis assumidos, mantendo as responsabilidades de outrora, como cuidadora do lar, esposa e mãe, somando-se ao enfrentamento das pressões no mercado de trabalho, contribuindo ou se tornando a principal fonte da renda familiar. As relações de subordinação e o exercício dos múltiplos papéis sem o devido reconhecimento acabam por gerar sensação de sobrecarga e estresse expressados sob a forma de sofrimento mental (LUDERMIR, 2008; OMS, 2002).

Além disso, parece haver uma predisposição sociobiológica para isto, estando o sistema neuroendócrino e o papel social interagindo de forma a aumentar a suscetibilidade (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008b).

A ocorrência de transtorno mental comum, de humor, ansiedade e/ou somatoformes estão mais relacionados ao sexo feminino (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008b; LUDERMIR, 2008; SANTOS, 2009). No estudo realizado por Maragno et al. (2006), foi identificada uma ocorrência de 24,95% de transtornos mentais comuns, sendo as mulheres as mais acometidas (27,99% contra 20,94% dos homens).

Em trabalho realizado por Rabasquinho e Pereira (2007), as diferenças entre gênero foram claras, com exceção do abuso/dependência de drogas e esquizofrenia, as percentagens foram mais altas para as mulheres em todos os outros diagnósticos. Os autores apontam que esses resultados não se diferenciaram do que já vinha sendo apontado por outros estudos, havendo variações apenas nos valores percentuais.

Dessa forma, o atendimento prestado pelos profissionais de saúde deve considerar o contexto em que a mulher está inserida, valorizando a subjetividade e entendendo de forma abrangente as queixas expressas por sintomas físicos ou psíquicos decorrentes de problemas econômicos e sociais, desajustes familiares, entre outros (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Porém, com o avanço da discussão de gênero no grupo pesquisado, questionou-se até que ponto essa procura de assistência à saúde mental é para ela mesma, ou para buscar receitas de medicação psicotrópica para o esposo, namorado, filho ou amigo, como pode ser visto pelas falas a seguir:

As mulheres já vêm atrás das receitas azuis dos homens (Rebeca).

Eu sou mulher, meu marido nunca veio. A dele só quem pega sou eu, ele é doido, mas quem cuida sou eu (risos) (Maria).

Frente a essas falas, entende-se que predomina, em nossa cultura, a ideia de que a responsabilidade pelo cuidar está associada a um papel social que eminentemente a mulher é quem exerce, além de ser reconhecida como alguém com habilidades mediadoras no contato que envolve os serviços de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; GUTIERREZ; MINAYO, 2009).

No imaginário social da maior parte dos homens, procurar um serviço de saúde está associado à demonstração de insegurança e fraqueza, o que é incompatível com o que se entende por masculinidade, enquanto manifestação de força, virilidade e invulnerabilidade. Além disso, os homens têm mais dificuldade em expressar o que sentem, porque entendem que isso também é uma manifestação de fraqueza (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

O horário de funcionamento da unidade de saúde pode também dificultar a procura pelo homem. Pois este, ao considerar o trabalho como sua prioridade, entende que esperar por uma consulta no horário de trabalho é “perder” o dia, fazendo com que a utilização do serviço de saúde fique em segundo plano. Além disso, não se reconhecem como alvo dos programas de saúde e as unidades se tornaram espaços “femininos” na medida em que é frequentado por mulheres e a equipe de profissionais também composta em sua maioria por elas (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Estes aspectos favorecem com que o homem busque o serviço de saúde em situações como dor insuportável ou diante de situação que inviabilize o trabalho (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Frente a isso, pode-se supor, que no caso do sofrimento psíquico, com a subjetividade que lhe é inerente, parece ser ainda mais difícil para o homem buscar o serviço de saúde com este tipo de queixa, deixando a cargo da mulher a responsabilidade por viabilizar o cuidado, representado pela medicação.

Em um estudo realizado por Jucá, Nunes e Barretos (2009), os profissionais pesquisados não fizeram menção ao alcoolismo e uso de outras drogas como demanda em saúde mental. No entanto, eles perceberam vários relatos que denotavam ser essa questão de ocorrência significativa. Dessa forma, os autores concluem que entre os profissionais não há um entendimento que o usuário de álcool e outras drogas vivencia um sofrimento psíquico, e que, na verdade, esse comportamento está relacionado a um tipo de fraqueza moral, colocando-os à margem dos que apresentam algum tipo de sofrimento.

Assim, pode-se questionar: será mesmo as mulheres as que mais apresentam transtornos mentais? Ou será que os dados estatísticos e as questões culturais já apresentados anteriormente poderão estar revelando apenas uma faceta da problemática?

Para além das questões de gênero, a equipe discutiu também as distintas formas para identificar a demanda em saúde mental. Para alguns, o comportamento determina quem são as pessoas que precisam de assistência em saúde mental, como descrito nas falas seguintes:

(...) a gente detecta porque ela não é normal, o comportamento dela, o jeito de se vestir (...), uns batons (...), uns esmaltes (...), tudo exagerado (...). As três na minha área, (...) de longe a gente sabe... (Débora).

(...) é só olhar para ele, já vê que ele é meio desequilibrado (Rute).

Essa forma de identificação corrobora com a de outros estudos em que os participantes disseram reconhecer as pessoas com necessidade de assistência em saúde mental por meio do comportamento “diferente” em relação ao das outras pessoas. Para alguns, o reconhecimento da demanda é de fácil identificação em virtude de características do comportamento que se destacam muito, frente o consenso social estabelecido do que seja um comportamento adequado (HARADA; SOARES, 2010).

A identificação apenas pelo comportamento pode ser uma forma muito limitada além de poder estar fundamentada em concepções estereotipadas sobre a pessoa com transtorno mental, denotando um fazer eminentemente empírico e não baseado em conhecimentos da clínica (LUCCHESI et al., 2009). Nesse caso, há o sério risco em rotular o diferente, negligenciando as singularidades inerentes a qualquer ser humano.

Para outros, apenas o diagnóstico médico ou fazer uso de medicação psicotrópica é que comprova que os usuários precisam de intervenção no campo da saúde mental, como se pode verificar nas falas:

(...) me baseio pelo diagnóstico médico (Débora).

(...) pessoas que já fazem acompanhamento, tomam medicação com receita azul (Maria).

Essa forma de identificação também foi referida por Dimenstein et al. (2009), em que relata em seu estudo, que os profissionais percebiam a existência de uma demanda em saúde mental por meio da procura pelos pacientes para renovação de receita de psicotrópico. Apesar de terem identificado também a dependência química, a primeira situação era mais frequente.

Ressalta-se que mesmo que a pessoa não tenha um diagnóstico médico de transtorno mental, não significa que ela está com saúde mental, podendo necessitar de intervenções que ajudem a diminuir o sofrimento psíquico por qual esteja passando. Como citado por

Rodrigues (1996), quando a pessoa vivencia algum tipo de sofrimento psíquico, ela precisa ainda mais de contatos interpessoais, e, como poderá não notar que sua situação trata-se de uma necessidade em saúde mental, a atuação dos profissionais de saúde faz-se importante. Eles certamente poderão ajudar o indivíduo a identificar o que realmente está sendo vivido, reconhecendo e fortalecendo mecanismos de resolução de problemas e em última instância, prevenindo um transtorno mental.

Para alguns, o reconhecimento da demanda se dava a partir do conhecimento prévio que se tinha das famílias ou por uma conversa, como demonstrado nas falas:

(...) conhecimento que a gente já tem com as famílias (...) (Débora).

(...) no “olhômetro”, a sensibilidade é muito baixa (...). O que a gente flagra mais é o que salta aos olhos, algum sintoma bem exuberante (...). Eu converso, (...) vou sentindo dentro da consulta e vou cutucando em certos pontos (...). No “olhômetro”, só quando eles estão em crise (...) (Mateus).

Não só no campo da saúde mental, a identificação de alterações é facilitada mediante um conhecimento prévio da pessoa, pois o profissional terá como realizar uma comparação entre o que se apresenta e o que já se conhece, indicando possibilidades com mais segurança, evitando uma análise frente a um padrão geral, despersonalizado.

Além disso, a conhecimento prévio supõe um vínculo já estabelecido, o que também favorece a relação profissional-paciente. A escuta e o vínculo, mediante conhecimento prévio da pessoa, poderão evitar que as queixas pareçam sintomas e as situações da vida, diagnósticos.

Reconhece-se que todas as formas de identificação citadas têm o seu valor, demonstrando que a equipe faz o que está ao seu alcance, frente à demanda que se apresenta de saúde mental. Porém, percebe-se que pode ser melhorado o processo de identificação, principalmente, por esta ser uma das atribuições da APS referente à saúde mental (OMS, 2002).

As distintas formas citadas pelos profissionais investigados caracterizam que cada um escolhe o método que lhe parecer mais conveniente, mediante os instrumentos e formação que possuir. Predomina uma informalidade nesse reconhecimento, sem uma linguagem comum ou padronização entre todos os profissionais, além da falta de registros feitos de forma sistematizada.

A equipe não segue nenhum protocolo nessa identificação, o que torna frágil o reconhecimento do grupo de pessoas com essas necessidades, sendo esta a realidade de outros estudos brasileiros (BARONI; FONTANA, 2009; CAIXETA; MORENO, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009; LUCCHESI et al., 2009).

Os autores Gonçalves e Kapczinski (2008a) apontam que o aprimoramento da detecção de casos, pode ser feita mediante implantação de medidas simples e efetivas, como a utilização de questionários de rastreamento de rápida e fácil execução, como o SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire 20 Itens), por exemplo.

Quando o grupo estudado foi questionado sobre onde estão as pessoas com necessidade de intervenção no campo da saúde mental, todos foram unânimes em dizer que estão onde a vida acontece, ou seja, em todos os lugares da comunidade, como pode ser visto a seguir:

(...) dentro do Saúde da Família, você começa a entender que o paciente está vivendo a vida dele. Ele está doente aqui, vem e tudo, mas (...) ele está fazendo as coisas dele, (...) ele está em todo canto. (Mateus).

(...) ele cuida da vida dele muito bem (...). Ele e a mãe dele, eles andam na rua, normal (Débora).

Corroborando com isso, Lucchese et al. (2009) entendem que a demanda em saúde mental “saiu do lugar”, pois os dados epidemiológicos apontam para uma redução no número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, bem como uma maior visibilidade das pessoas com necessidade em saúde mental para as equipes de saúde da família.

Os profissionais que, segundo os participantes, apresentam-se em posição privilegiada para reconhecer as pessoas que precisam de assistência em saúde mental, foram os agentes de saúde, os professores, as pessoas ligadas às práticas religiosas, como pode ser visto nas falas a seguir:

O agente de saúde é que convive com as famílias e vê melhor a realidade. O médico, não, (...) se ele me conhece hoje, ele não sabe (...) (Débora).

(...) o agente de saúde e o professor enxergam mais rápido (Sara).

(...) pessoas ligadas à religião, porque eles sempre procuram (Mateus).

Os profissionais da equipe alocados na unidade de saúde, mesmo que em diferentes espaços do serviço de saúde, com funções diversas, poderão contribuir para o reconhecimento das pessoas com sofrimento psíquico. O grupo percebeu que cada profissional tem possibilidades de fazer isso, como visualizado a seguir:

(...) cada um tem uma forma diferente de captar os seus. Porque eu vou trabalhar dentro do consultório e numa visita (...). As ACS, no dia-a-dia, andando, nas casas, conversando e vendo. O pessoal no SAME, no momento em que eles forem pegar uma ficha (...) (Mateus).

Ressalta-se, no entanto, o grande potencial que o ACS tem para lidar com essa situação. Eles moram no mesmo bairro, visitam as residências das famílias sob sua responsabilidade e frequentam os mesmos locais de compras e lazer da comunidade, o que os torna próximos da vida cotidiana das famílias (NUNES et al., 2002).

Com os anos de trabalho na mesma área, alguns referem sentir como se as pessoas da comunidade fizessem parte de suas próprias famílias, o que lhes proporcionam um olhar diferenciado, que poderá ajudar na identificação precoce de alguns problemas, como posto nas falas a seguir:

A gente que já tem um tempo de experiência e está quase todo dia na área, conversando com eles (...), identifica o problema, (...) por que é a gente que tem o primeiro contato. Estar há tanto tempo com aquela pessoa, faz sentir como se fosse parte da família da gente (...). Conhece ela bem direitinho, (...) o jeito de agir, o modo dela de viver (...). Quando sai um pouco da linha, a gente já fica em alerta (...) (Sara).

(...) o agente de saúde é quem convive com as famílias e vê melhor a realidade (Débora).

O exposto não coaduna com o que Lucchese et al. (2009) descreveram em seus achados, pois estes apontam que os ACS relataram muitas dificuldades para interagir com as pessoas em sofrimento psíquico, inclusive para reconhecer alterações indicativas de sofrimento mental, além de terem sido os profissionais que mais utilizaram expressões de medo relacionadas ao assunto.

No entanto, pelas discussões grupais, os participantes de nosso estudo se aproximam muito mais do que Ferraz e Aerts (2005) discorreram em sua pesquisa, colocando que alguns ACS relataram que mesmo que as pessoas não comentassem nada acerca de problemas de saúde, durante a visita domiciliar ou em uma conversa informal, acabavam identificando

problemas que inicialmente não tinham sido percebidos nem pela própria família. Na “troca de ideias”, no “papo” sobre cuidados de saúde, situações ou fatos inusitados eram revelados aos ACS.

A identificação de sinais indicativos de problemas de saúde está entre as atribuições que o Ministério da Saúde propõe aos ACS. Além disso, cabe a esses profissionais, orientar as famílias acerca de tais problemas, encaminhar e comunicar à equipe dos casos e situações identificadas (BRASIL, 2011c).

Dessa forma, os ACS protagonizam uma mediação entre as famílias da comunidade e a equipe, que só será possível mediante a construção de bons vínculos, que fortalecerão a relação entre eles (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Para efetivamente tornarem-se elos de comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde, os ACS acabam por se tornar profissionais híbridos. Ao mesmo tempo em que residem na comunidade em que trabalham, terão que dominar um rol de conhecimentos relativos à saúde para comunicar à equipe informações relevantes.

Dessa forma, abrigam em si dois saberes, o do senso comum, bem como o técnico-científico, e mediar um diálogo entre esses saberes fará parte do cotidiano deles. Um aspecto disso pode ser percebido quando os ACS se tornam “tradutores” nessa mediação, com o intuito de favorecer uma melhor comunicação entre estes saberes (NASCIMENTO; CORREA, 2008; NUNES et al., 2002).

Isso é possível porque parece que eles têm uma capacidade de articular tais saberes e conseguem perceber que a forma como determinadas expressões são utilizadas pelos usuários facilitam o entendimento pelo profissional de saúde acerca de qual é a situação de saúde que realmente se encontram, o que satisfaz o usuário porque tem seu problema identificado e com a resolução encaminhada.

No caso que se segue, a ACS demonstra clareza ao entender que a dor no corpo referida pela usuária tem relação com a situação vivenciada por esta, em relação ao uso de drogas pelo filho. Assim, orienta claramente como a pessoa deve falar para ser entendida durante a consulta médica:

(...) comecei a conversar com ela, eu disse assim “(...) quando você for para o médico, conversa sobre o problema dos teus filhos, não do teu, (...) não fala que está com dor de ouvido (...). Mas ela só dizia isso. (...) Aí, foi para Redenção, foi para Fortaleza (cidades próximas) (...). Um dia a irmã dela foi com ela para o médico e contou tudo (...). Eu identifiquei, ela estava com depressão e faz tratamento até hoje (Sara).

A saúde e o adoecer são experiências singulares e subjetivas, por isso tão difíceis de serem expressadas pelas palavras. No entanto, será por meio delas que a pessoa adoecida tentará explicar seu “mal-estar”, que será codificado pelo médico, em um exercício de dar sentido às queixas. Nesse espaço, entre a subjetividade da doença e a objetividade dos conceitos da medicina, ocorre uma tensão que poderá ser ou não superada, mediante a capacidade entre eles de se entenderem (CZERESNIA, 2003).

Por isso, a importância dos ACS exercendo essa função de “tradutores”, facilitando a compreensão na relação médico-paciente. Mas em alguns casos, é o próprio ACS que intervém no domicílio da família, não sendo necessário o encaminhamento para outro profissional, pois ela realizou o reconhecimento e a intervenção, como pode ser visto abaixo:

(...) Ela chorava, ela ficava nervosa (...). Eu comecei a conversar com ela, a explicar (...). Ela foi diminuindo de procurar o médico, a enfermeira (...). Eu, sozinha, consegui tranquilizar ela, (...) dentro da casa dela, através do meu diálogo, (...) da minha orientação, como agente de saúde (...). Eu fui tranquilizando (...). A gente entende bem os problemas das pessoas (Lídia).

Pode-se perceber que, neste caso, a ACS compreendeu a situação, sendo ela o principal instrumento terapêutico na relação com a usuária. Demonstrou experiência, sensibilidade e compromisso frente à necessidade apresentada, corroborando com a literatura que afirma que os ACS, além de identificarem os problemas, se sentem responsáveis pelos mesmos, se solidarizam frente ao sofrimento das pessoas, as ouvem, buscam compreendê-las e pensam em soluções criativas e originais (NASCIMENTO, CORREA, 2008; PEREIRA, 2000).

Ressalta-se que as duas falas citadas anteriormente apresentam trechos que indicam uma maior procura pelo serviço de saúde na presença de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental. As frases “foi para Redenção, foi para Fortaleza” (outras cidades) e “ela foi diminuindo de procurar o médico, a enfermeira”, denotam que a pessoa buscava com frequência por atendimento em saúde, indo aos profissionais da unidade local ou até mesmo em municípios vizinhos.

Essa “superutilização” dos serviços de saúde está relacionada à presença de transtornos mentais não diagnosticados e não tratados. Isso ocorre em consequência dos sintomas do próprio transtorno, bem como pelo impacto negativo em outras condições médicas não psiquiátricas. Considerando que a ESF visa atender de forma resolutiva e efetiva,

tem-se aí mais uma razão para fortalecer os mecanismos de identificação precoce do sofrimento psíquico/transtorno mental (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008a).

O reconhecimento da demanda de pessoas/famílias com necessidades em saúde mental pode ser prejudicado em virtude de alguns entraves, como a resistência em partilhar com o ACS a situação em que se encontra alguma pessoa da família ou em decorrência da falta de confiança nesse profissional ou de outros problemas vinculados à unidade de saúde local, como também o receio de ter sua privacidade invadida, ou ainda, por sentir-se discriminado em relação ao diagnóstico.

Em relação à falta de confiança, uma participante se expressou assim:

(...) é uma falta de confiança (...). Eu não vou chegar, “Débora (ACS), eu estou com uma doença”, se eu não confio na Débora. Eu tenho que procurar a pessoa ideal (...). Porque, às vezes, a pessoa tem uma doença e aquele profissional sai espalhando para o mundo inteiro (Abigail).

Como foi falado anteriormente, para o ACS desempenhar suas atividades terá que desenvolver vínculo e relação de confiança com a comunidade, pois o domicílio não é um território público e o seu acesso nem sempre é evidente e fácil. Conhecer a intimidade da família sempre se dará mediante a permissão da mesma (JARDIM; LANCMAN, 2009; LUNRDELO, 2004).

Por isso é relevante que os ACS e a comunidade estabeleçam uma relação de credibilidade em que a ética e o comprometimento garantam ao profissional a possibilidade de desenvolver com sucesso suas atividades. Nesse sentido, a crença de que o profissional “sai espalhando” a informação advinda de uma relação de confiança poderá prejudicar bastante o futuro da mesma, que vinha sendo construída gradativamente, em um esforço diário.

Se a comunidade não confia no ACS, o seu trabalho é completamente inviabilizado, e sem uma forte relação de confiança, os usuários dificultarão bastante receber os agentes, abrir suas casas e contar os problemas, podendo prejudicar o trabalho de toda a equipe de saúde (JARDIM; LANCMAN, 2009).

Os casos de resistência da família se sobrepondo à confiança revelam que não existe um verdadeiro diálogo. A função de poder que o ACS ocupa na comunidade, até então ressaltada em seus aspectos positivos, poderá representar uma dificuldade de acesso ao serviço de saúde para as pessoas que não têm uma boa relação com eles, seja em virtude de relações pessoais não vinculadas ao trabalho ou mesmo referentes a situações em que o trabalho deles, em outras ocasiões, não atendeu às expectativas (NUNES et al., 2002).

Quanto à questão da privacidade, mesmo que haja uma relação de confiança no ACS, e em outros profissionais da unidade de saúde, deverá ser respeitada a autonomia da família em escolher quem tomará conhecimento do diagnóstico. O direito à privacidade está entre os direitos dos usuários em um projeto de humanização. Ele é consequência do princípio da autonomia, englobando a intimidade e a vida privada (FORTES; SPINETTI, 2004).

O desejo em ter sua privacidade garantida é revelado na fala a seguir:

(...) eles acham que a gente não precisa saber do diagnóstico ou do tratamento que a pessoa está fazendo... (Isabel).

Para garantir a privacidade daqueles com quem o ACS se relaciona, faz-se necessário que se estabeleçam novas relações quanto às informações pessoais sobre a saúde individual e familiar. Em estudo realizado por Fortes e Spinetti (2004), os gerentes e profissionais de saúde entrevistados, acreditavam que deviam ser estabelecidos limites para o acesso a informações aos ACS, como as que se referem ao diagnóstico de doenças, sobretudo as que podem trazer algum grau de estigmatização para os usuários, como HIV/AIDS e transtornos mentais.

Apesar de discordar desse ponto de vista, reconheço a necessidade de sensibilizar e orientar acerca das questões éticas que envolvem o cotidiano dos trabalhadores em saúde, não apenas aos ACS, pois a forma como o trabalho da ESF está organizado, facilita a disseminação de informações, ainda que sigilosas.

Além disso, outro fator que favorece “o fechamento” da família é quando o tipo de doença que acomete a mesma está associada à forte estigma. Segundo os participantes, nessas situações, a família ou os membros dela, evita informar a real situação do que está acontecendo, minimizando o problema de saúde ou evitando o encontro da pessoa com o profissional, e no caso de uma visita domiciliar, omitindo o lugar em que a pessoa realmente está. Através da fala da participante, pode-se compreender que tais reações se dão em consequência do medo de terem alguém da família rotulado de “louco”, como pode ser visto a seguir:

(...) a família não informa o problema (...), tem preconceito, acha que tomar um diazepam já é para doido (...). A gente sabe que está com problema, mas não comunica (...). Eles dizem “não, porque vão achar que eu sou doido” (...). Eles dizem que a pessoa está estressada, (...) ou escondem (...) (Sara).

Algumas situações, dentre elas, a doença mental, é fortemente estigmatizada pela sociedade, principalmente no caso de doenças como, por exemplo, a esquizofrenia. O estigma é entendido como uma diferença a qual não se deseja ter, uma “marca”, uma identificação a partir de algum problema físico, comportamental ou social, que implica na intolerância do grupo social ao qual faz parte (MOREIRA; MELO, 2008).

Além das dificuldades inerentes à própria doença, os portadores de transtornos mentais, mas também tuberculose, hanseníase, câncer e HIV, tornam-se também portadores de um estigma, possuindo uma diferença que provoca dificuldade de aceitação social (BITTENCOURT et al., 2010; MELCHIOR et al., 2007; MOREIRA; MELO, 2008; PÔRTO, 2007; SILVA et al., 2011).

O estigma traz sérias consequências para quem o vivencia, como a exclusão de suas relações sociais, alteração da autopercepção (mais depreciativa), o ensimesmamento, além de impactos na dinâmica familiar, com a reconfiguração da mesma (MOREIRA; MELO, 2008). É comum as pessoas que sofrem com o estigma, sentirem vergonha, dificuldade nos relacionamentos, desejo de isolamento e de manter em segredo a doença, temendo pela reação negativa dos outros. Faz-se um grande esforço em esconder a patologia que está acometido e seu tratamento, dificultando a adesão ao mesmo (BITTENCOURT et al., 2010; MELCHIOR et al., 2007; MOREIRA; MELO, 2008; PÔRTO, 2007; SILVA et al., 2011).

Atualmente, não haveria motivos para tanto estigma, considerando que para algumas dessas doenças já existe cura, como é o caso da tuberculose e da hanseníase, e para outras, dependendo do caso, é possível um bom controle ambulatorial, como a doença mental, HIV e câncer. Porém, o que se percebe é que o estigma permanece, possivelmente em consequência de representações sociais e, assim, ideias, mesmo que cientificamente consideradas ultrapassadas, parecem estar cristalizadas no imaginário popular (PÔRTO, 2007).

Isso se reflete, inevitavelmente, na resistência que as pessoas apresentam ao buscar orientação e atendimento, como se observa a seguir:

A gente tem dificuldade também quando o paciente não quer tratamento. A gente conversa, orienta (...), mas ele não quer vir ao posto (...). Meu marido mesmo, se ele ver um encaminhamento ele diz: “eu não vou não, me chamou de doido” (Débora).

O estigma associado à doença mental pode levar as pessoas acreditarem que ir ao psiquiatra ou se submeter a um tratamento psiquiátrico significa “ser doido”, como colocado pela participante da pesquisa.

O tempo perdido na busca por atendimento, que poderia ter sido feita de forma precoce, poderá agravar algumas situações, o que nos leva a corroborar com Moreira e Melo (2008) que defende que as consequências psicossociais de exclusão, em virtude do estigma, às vezes são mais danosas que a própria doença.

O estigma também pode prejudicar a relação com os profissionais, pois alguns relatam dificuldade na construção de vínculo no caso de doenças como câncer, em decorrência da estigmatização e forte associação com a morte iminente (SILVA et al., 2011). Em nosso estudo, os ACS principalmente, relataram a dificuldade que advém do fechamento da família em consequência do estigma e da discriminação.

(...) é difícil, tem que ficar assim, tentando arrancar (...). Eles se fecham, não querem falar... (Lídia).

Por fim, todos saem prejudicados, os pacientes que relutam em buscar e realizar o atendimento, como também os profissionais que encontram entraves na identificação precoce e dificuldades no acompanhamento desses pacientes (PÔRTO, 2007).

Mesmo sem consciência disso, os ACS reduzem o estigma em torno da assistência em saúde mental, ao utilizarem expressões populares que são mais aceitáveis, como, por exemplo, “problema de nervos”, para denominar experiências relacionadas ao sofrimento psíquico. Dessa forma, conseguem, em parte, minimizar o medo e o preconceito, encorajando a pessoa a buscar atendimento.

(...) no começo o paciente não aceita, não admite que está com esse problema, dizem “não estou doido, não” (...). Eu disse assim, “você não está doida, não é isso, você tem que passar para o médico os problemas que você está passando, você está tendo “problema de nervos” (Sara).

As expressões “doença dos nervos”, “problema de nervos” ou similares é uma queixa comum nos serviços de saúde principalmente entre pessoas com baixo nível socio-educacional. Trata-se de uma expressão que abriga em si vários significados para explicar dores e sensações corporais diversas (LEVIGARD; ROZEMBERG, 2004; OLIVEIRA; ROAZZI, 2007; ROZEMBERG, 1994; TRAVERSO; MEDEIROS, 2004).

A multiplicidade de sintomas fisiológicos, físicos e psíquicos, dificulta ao profissional realizar uma classificação nosológica, sendo justamente essa uma das características da “doença de nervos”, que com frequência aparece imbricada a vários aspectos da vida

cotidiana (LEVIGARD; ROZEMBERG, 2004; OLIVEIRA; ROAZZI, 2007; ROZEMBERG, 1994; TRAVERSO; MEDEIROS, 2004).

Finkler³ (1989 apud TRAVERSO; MEDEIROS, 2004, p. 91), defende que a doença funciona como uma via de expressão social culturalmente aceita, das preocupações diárias e das dificuldades do cotidiano. Esse sofrimento manifesta-se no corpo porque é nele que se depositam as frustrações, os conflitos e os percalços do dia-a-dia.

Rozemberg (1994) acredita que dar ao sofrimento um lugar no corpo poderá ser uma forma de legitimá-lo como doença, algo importante que precisa de cuidados, em um possível ajuste à linguagem predominante do atual modelo biomédico, em que, na maioria das vezes, prioriza as queixas localizadas, com um componente físico.

Apesar das queixas serem muito semelhantes às de depressão e ansiedade, deve-se evitar reduzir a esses diagnósticos, aproximando-se da complexidade dessa situação mediante escuta e espaço livre para que o outro possa expressar seu sofrimento (LEVIGARD; ROZEMBERG, 2004; OLIVEIRA; ROAZZI, 2007; ROZEMBERG, 1994; TRAVERSO; MEDEIROS, 2004;).

No entanto, não raramente os profissionais reduzem ou equivalem o “problema dos nervos” a nomeações já conhecidas, o que pode ser, na verdade, uma tentativa de minimizar a angústia frente ao que é desconhecido além do desejo em responder de alguma forma à situação, utilizando saberes que ele tem à sua disposição. Fiocruz (FONSECA, 2007)

4.4 Por quais caminhos eles andam?

O objetivo dessa categoria é descrever os diversos caminhos trilhados pelos pacientes após terem sido identificados com necessidade de atenção em saúde mental. Esses caminhos certamente nos remeterão a uma compreensão de como está configurada a rede de cuidados a essas pessoas, tanto no âmbito dos serviços de saúde como também de outros tipos de recursos que a comunidade utiliza.

A rede de saúde poderá assumir diferentes configurações a partir do tipo de serviços que são oferecidos, como se estabelece o fluxo de pessoas entre eles e os mecanismos de comunicação utilizados. Pensar em rede de saúde dessa forma é entender que a mesma é mais

³ FINKLER, K. (1989). The universality of nerves. In: DAVIS, D.; LOW, S. (orgs). Gender, health and illness: the case of nerves. Nova York: Hemisphere Publishing.

do que um conjunto de serviços de saúde, mas os envolve a partir de uma forma peculiar de desenvolver o trabalho, entendendo que os serviços, agindo de forma isolada, fragmentam-se, diminuem seu potencial e se tornam incapazes de oferecer uma resposta frente às necessidades de saúde da população, ou seja, há uma necessária complementaridade de outros serviços (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; COIMBRA et al., 2011).

No município estudado, a rede de saúde conta com serviços de atenção básica, dentro de sua extensão territorial, dispostos em oito equipes de ESF, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e um hospital geral de pequeno porte. Outros tipos de serviços são oferecidos mediante mecanismos de pactuação intermunicipal, como, por exemplo, no caso específico da saúde mental, o acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), bem como consultas ou internações psiquiátricas.

Como não há estabelecido protocolos específicos para a saúde mental, para que os profissionais saibam quais serviços poderá utilizar, a Secretaria de Saúde orienta acerca dos mesmos, explicitando os mecanismos de encaminhamento ou solicitação. Assim, é no dia-a-dia, que os profissionais vão identificando as formas e os serviços que facilitam a condução dos casos.

O início do percurso feito pelo paciente foi descrito pelo grupo investigado quando o mesmo ainda está na comunidade. Segundo os profissionais, na maioria das vezes, os pacientes têm um primeiro contato com o ACS que identifica a necessidade de intervenção no campo da saúde mental, mediante uma conversa, que poderá se dar apenas com o paciente ou incluir a família. Como descrito nas falas seguintes:

(...) tem que conversar primeiro com a pessoa (...), vendo que ela não está legal (...), você conversa com a família (...) (Sara).

(...) a gente conversa com a família (...), encaminha para ela levar (Isabel).

Após essa conversa, os ACS costumam orientar o paciente e/ou a família a procurarem a unidade básica de saúde da família ou de uma forma mais específica, a buscarem uma consulta médica ou de enfermagem na mesma. Ressalta-se que mesmo quando os ACS utilizam a expressão “encaminhar” trata-se de uma orientação verbal para que eles (os pacientes e/ou familiares) procurem o atendimento:

Oriento a procurar o posto de saúde (...) (Maria).

(...) encaminhado para o médico, que se responsabiliza em encaminhar para o devido lugar (Rute).

Encaminhado para enfermeira, que faz a consulta dela, avalia o paciente, e encaminha para o médico, dependendo do caso (Lídia).

Apesar de cada profissional, e no caso específico, os ACS, terem sua forma mais comum de conduzir os casos, isso não implica que seja a única. Assim, o mesmo profissional apresenta formas diferentes de agir dependendo da situação e de sua avaliação. Eles relatam que, na maioria das vezes, em casos de saúde mental, orientam buscar consulta médica:

(...) eu encaminhado direto para o médico (Débora).

(...) encaminhado para o médico (...). Às vezes, a paciente precisa tomar algum medicamento, para depois se submeter ao tratamento odontológico (Rebeca).

(...) o caminho mais tomado é (...) primeiro para mim (...). Vem para eu decidir para onde mando... (Mateus).

Alguns ACS, quando estão mais preocupados com a gravidade da situação ou desejando uma resolução mais imediata, buscam diretamente a unidade de saúde com o intuito de falar com o médico e/ou com a enfermeira para partilhar o caso e decidir a conduta que será tomada. Nestes casos, o paciente é orientado a comparecer à unidade após esta conversa prévia entre ACS e o profissional que fará o atendimento, como pode ser visto a seguir:

(...) falo o problema da pessoa para enfermeira, para ela conversar com o médico e eles dois tomarem a decisão (...). Conto tudo (...) sem o paciente (...). Na presença dele, acho que vou intimidá-lo (...). Costumo deixar o paciente mais reservado. Deixo que a enfermeira e o médico conversem porque aí eles têm um diagnóstico melhor (...), uma maneira como conversar melhor com ele (Lídia).

Já outros ACS acompanham o paciente na consulta, entendendo que dessa forma estão garantindo que o atendimento será realizado. Além disso, é uma forma de certificar-se de que tudo que foi conversado será colocado também para o médico tomar conhecimento. Outro aspecto disso, é que o ACS sente que sua presença favorece segurança para o paciente que se encontra em uma situação que o deixa mais vulnerável:

Às vezes, não adianta falar, eles não vêm só, não (Isabel).

Eu levo para o médico e digo para ele tudinho. Aí, vou embora e ele fica conversando (...). Eu venho, se for o caso, eu tiro a ficha, eu gosto de acompanhar o paciente por que muitas vezes ele não diz o que está sentindo (...). Eu venho só com ele, por que ele passou para mim, em minha conversa (...). Já com o médico, muitos deles não querem passar (...). Eu com ele já é melhor, faço isso para ele se sentir mais seguro, porque a família não quer acompanhar... (Maria).

(...) no começo ele não aceita, não admite que está com esse problema (Sara).

O fato de acompanhar o paciente parece ser comum entre os ACS. No entanto, tal atitude é questionada por um participante, pois este ato poderá interferir no desenvolvimento da autonomia do paciente, favorecendo uma relação de dependência, como se pode inferir a partir da comparação do ACS fazendo papel dos familiares:

No caso, está fazendo papel de pai e mãe (se referindo ao ACS) (Pedro).

(...) o papel do agente de saúde (...) é um pouco distorcido (...). A comunidade tem mania de achar que ele é responsável pelo o que acontece dentro da minha casa (...). O agente de saúde seria um elo entre a população e a equipe, (...) não tem que ficar indo atrás de médico para dar medicação para minha mãe (Rebeca).

Qual é, afinal, os limites do papel de um ACS? Seria sua função providenciar uma ficha de atendimento e acompanhar um paciente na consulta médica? Será que, ao se responsabilizar por estas coisas, não está favorecendo um tipo de acomodação da comunidade, estimulando-a ser pouco participativa?

Para Campos et al. (2011), é necessário um exercício permanente para diferenciar o “ser responsável por alguém” do “apoiar alguém dentro da liberdade de decisão desta pessoa”. Também o autor observou uma postura de pouca iniciativa da população, como se esperassem sempre daqueles que estão instituídos na função de profissionais de saúde.

Sabendo que o intuito não é o de aprofundar a discussão, mas sem ignorar essas questões que permeiam o contexto da ESF, tem-se visto que não há uma clareza na delimitação das atribuições, especialmente dos ACS, em consequência, que seu trabalho seja distorcido, sobrecarregando-o. Para Tomaz (2002), ele não é e nem deve ser um super-herói, ao contrário, deveria ter suas atribuições bem definidas e especificadas frente à comunidade, minimizando a “ideia romântica” que se tem associada a eles.

Em trabalho realizado por Martines e Chaves (2007), foi visto que os ACS não têm sido capazes de discernir sobre seus limites, principalmente os relacionados à criação de vínculos, doação de tempo e empenho, entre outros. As famílias acabam por ficarem condicionadas por esse comportamento “ilimitado” do ACS, gerando uma situação que, caso, posteriormente, queiram manter uma maior distância ou estimular maior independência das famílias, não conseguem mais mudar a relação estabelecida. Isso poderá culminar em sofrimento psíquico para os próprios ACS, que vivenciam sentimentos de impotência, cansaço e solidão, em consequência da dificuldade em manejar a situação que eles mesmos criaram.

Retomando a questão dos caminhos tomados pelos pacientes, há alguns que foram citados pelos participantes da pesquisa, mas que, na realidade, configuram algumas exceções do cotidiano. Alguns ACS relatam que, antes de comunicarem à equipe de ESF, buscam a psicóloga e/ou a assistente social no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para os casos que exigem uma intervenção mais rápida nestas áreas. Por vezes, o próprio paciente busca os profissionais do NASF que, posteriormente, entram em contato com os da ESF. Mais raramente acontece do médico do hospital local ou de alguém da Secretaria de Saúde encaminhar para o médico da ESF. Este fato pode ser observado nas seguintes falas:

Acontece da gente (...) pegar a psicóloga do NASF, quando o caso é mais grave (...) (Maria).

(...) às vezes, os pacientes procuram o NASF (...). A psicóloga do NASF chama a gente para fazer uma visita domiciliar para ver o que foi que aconteceu (...) (Mateus).

(...) já aconteceu da Secretaria de Saúde tomar conhecimento que o paciente estava precisando de tratamento para o alcoolismo e me encaminhar (...) (Mateus).

Pode-se perceber que a pessoa do médico da ESF é fundamental neste fluxo. De uma forma geral, os profissionais encaminham ou orientam o paciente a buscarem esse tipo de atendimento, em detrimento do olhar de toda a equipe de saúde. Isso também foi visto no estudo de Arce, Souza e Lima (2011), revelando que apesar de, em determinados momentos, a equipe entender a saúde mental a partir de uma perspectiva mais ampla, na prática, parece considerar que a consulta médica é central para definição da trajetória assistencial do paciente. Ao médico caberá as opções de acompanhar o paciente na unidade de ESF, encaminhar para o NASF, para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ou para algum hospital (geral ou psiquiátrico).

Os autores Nunes, Jucá e Valentim (2007) perceberam que a maior parte dos trabalhadores, inclusive os agentes de saúde, conseguem identificar casos, mas suas ações são limitadas, ficando na maior parte das vezes, na dependência do médico, como se só a ele coubesse a efetiva resolução do problema.

O modelo médico-centrado organiza o trabalho para que as resoluções do serviço de saúde se deem a partir do atendimento do médico. Para isso, os saberes e ações dos outros profissionais ficam subordinados à lógica médica, diminuindo a possibilidade de incorporação de outros saberes, reforçando as competências específicas, já tão valorizadas pelas especializações, restringindo as soluções (MATUMOTO et al., 2005).

Para uma efetiva mudança deste modelo assistencial, é necessário uma reorganização na maneira de fazer o trabalho em saúde acontecer, a partir de uma valorização do saber da equipe multiprofissional e de um olhar clínico ampliado, entendendo a pessoa em sua singularidade e integralidade (FRANCO, MERHY, 1999; MACHADO; HADDAD; ZOBOLI, 2010).

Apesar da ESF ter um potencial para contribuir para essa mudança, a implantação da mesma não garante isso, podendo haver ESF médico-centradas, assim como outras que sejam usuário-centradas. A diferença real estará na forma de agir dos profissionais em relação a si, aos outros profissionais e aos usuários e se eles conseguirão centralizar sua atenção no cuidado em saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

Para estes autores, a ESF ainda não contribui efetivamente para o 'luto' da onipotência de cada profissional, necessário para um efetivo trabalho em equipe, pois o seu caráter prescritivo, propicia aos profissionais assumirem a atitude predominante que é a de isolamento em seus núcleos de competência (FRANCO; MERHY, 1999).

Inclusive essa era a realidade da equipe, pois o pouco diálogo entre os profissionais estimulava o exercício de atividades específicas ao núcleo de competência de cada profissional com dificuldade para ações coletivas da equipe. A falta de comunicação dentro da equipe era algo evidente para os profissionais, como pode ser observado nas falas a seguir:

Nós tivemos equipe que (...) atendia toda essa demanda, mas que tinha aquela organização, aquela comunicação, aquela parceria (...). Dava certo, estava dando resultado (...). Agora, a gente está solta... (Sara).

(...) O que está faltando? Diálogo, conversa (...). A equipe tem que se organizar nisso (Lídia).

(...) a gente teve uns problemas aqui (...). A gente conversou (...) que deveria fazer reuniões sistemáticas dentro da unidade para resolver problemas internos. Houve já uma primeira reunião com os funcionários. Os agentes de saúde (...) não foram convocados nesse primeiro momento (...) (Rebeca).

Após a descrição dos percursos assistenciais mais comuns realizados pelos pacientes, o grupo recorda de duas situações que ainda não haviam sido consideradas. A primeira são os casos em que a pessoa chega aos atendimentos secundários e/ou terciários sem conhecimento da equipe de atenção básica. Ou seja, são pacientes que são acompanhados pelo CAPS, sem que a ACS ou a equipe de ESF tomem conhecimento, vindo a “descobrir” casualmente como relatado pela ACS a seguir:

(...) quando eu fui saber, ela já estava no CAPS (...). Essa conversa do ACS, eu não tive (...). Eu não sabia que ela tomava remédio controlado. Quando eu fui lá na casa dela, ela estava saindo, aí perguntei “tu vai para onde?”, ela disse “vou para o CAPS, na Redenção”(...). Sem isso, eu não saberia de jeito nenhum (...). Ela foi por meio dela e assim ela está fazendo com todo mundo da casa dela (Maria).

Esse caso ilustra como que, apesar da presença do ACS, ainda é possível, a pessoa traçar o seu próprio itinerário terapêutico. Essa situação caracterizaria a falta de vínculo com o serviço da atenção básica, que deveria ser seu local preferencial de busca para resolução dos problemas?

A segunda situação são os casos de famílias que têm pacientes que não iniciam o percurso assistencial, ou seja, apesar de identificados pelos ACS como situações problemas, não vão à unidade de ESF. Por isso, na prática, estão quase “excluídos” do sistema de saúde, considerando que é neste local em que ocorrem as intervenções ou encaminhamentos para outros serviços. Essas famílias são conhecidas informalmente por “família difícil”, conforme descrito a seguir:

Essa situação é mais grave do que qualquer outra, ela nem existe para o sistema (...). É a família que é difícil, complicada (Rebeca).

(...) não dão atenção à gente (...). Ela não chega, nem entrou no jogo (Débora).

Este tipo de família é aquela que desafia a equipe para tomar novas posturas e pensar em intervenções inusitadas. No entanto, o que costumeiramente acontece é que, após ser

classificada de “difícil ou complicada” e sob a alegação de que não há adesão às orientações, os profissionais de saúde investem muito pouco para realmente modificar a relação dessa família com a equipe.

Por outro lado, o distanciamento da equipe não seria uma forma de respeitar as escolhas da família em não considerar necessário o atendimento? Pode-se pensar sobre quem estaria com a razão, porém o mais indicado é compreender que a relação entre a equipe e a família deveria ser baseada no princípio de que se tratam apenas de saberes diferentes, sem que haja a distinção entre quem está certo ou errado (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

O profissional tem seu conhecimento técnico-científico de valor reconhecido, mas há de se avançar no entendimento de que a pessoa que vivencia a situação de saúde ou doença também é dotada de um saber, e que para manter uma boa relação é necessário reconhecer e valorizar a subjetividade que permeia a experiência de vida do paciente (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Uma relação pautada dessa forma poderá fazer toda diferença, inclusive com melhor adesão do paciente às condutas da equipe de saúde com resultados benéficos para si. Ao contrário, uma relação em que a tomada de decisões se dá de forma verticalizada, sem compartilhamento das informações e sem abertura para negociações, favorece uma relação insatisfatória sem resultados positivos para os envolvidos (TRAVERSO-YÉPEZ, MORAIS, 2004).

Para além da ESF, os serviços que os profissionais pesquisados referiram ser utilizados pelos pacientes, foram o NASF, o CAPS e os hospitais psiquiátricos. A relação da ESF com cada um deles será melhor detalhada a seguir.

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde (portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008) com o intuito de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços para ampliar sua abrangência e resolutividade. É composto por 9 áreas estratégicas, e, dentre elas, está a saúde mental. Em virtude da diversidade de atuação, deverá contar com uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2009b).

O “apoio”, enquanto característica principal do NASF, faz referência a uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”. O mesmo se dá a partir da prestação de apoio educativo às equipes de ESF (dimensão técnico-pedagógica), e ação clínica direta ao usuário (dimensão assistencial), configurando dois tipos de responsabilidades, sobre a população e sobre a equipe de ESF. É uma forma de assegurar, de forma dinâmica e interativa, uma retaguarda especializada próxima às equipes de ESF, pois o NASF faz parte dos serviços da APS (BRASIL, 2009b).

Existem duas modalidades de NASF, o tipo 1, que deve estar vinculado a, no mínimo, 8 e, no máximo, 20 equipes de ESF (exceto nos estados da Região Norte, onde número mínimo é 5) e o tipo 2, que deverá se vincular a, no mínimo, 3 equipes. Além disso, os NASF 1 e 2, devem ter, respectivamente, no mínimo, 5 e 3 profissionais, como psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, dentre outros.

A decisão acerca dos profissionais que irão fazer parte da equipe do NASF é responsabilidade do gestor municipal, orientado pelas prioridades identificadas na realidade local, bem como a disponibilidade de profissionais (BRASIL, 2009b).

No município estudado há implantado um NASF tipo 1, vinculado às 8 equipes de ESF. Teve seu projeto aprovado nas instâncias gestoras em 2008, iniciando as atividades em 2009. Conta com 10 profissionais: uma assistente social, que coordena a unidade, uma psicóloga, três terapeutas ocupacionais, duas fonoaudiólogas e três fisioterapeutas. Eles apresentam uma carga horária que varia entre 20 e 40 horas semanais e desenvolvem atividades na sede e nos 5 distritos do município. O prédio em que funciona o NASF localiza-se no centro do município e ao lado da unidade de ESF pesquisada.

Segundo os profissionais pesquisados, na maioria das vezes, a forma de utilização do NASF é por meio de um encaminhamento. Os profissionais de nível superior da ESF que desejam uma avaliação ou acompanhamento por um profissional vinculado ao NASF, o fazem de forma escrita, por meio de uma folha de receituário, não sendo necessário uma guia de referência, conforme verbalizado por alguns dos sujeitos pesquisados:

Eu encaminho bastante (...). Mando numa folhinha de receituário o encaminhamento, digo uma justificativa para dar mais ou menos o norte para ela (...) (Mateus).

(...) fiz um encaminhamento por escrito para ela “paciente refere isso” (...). Dei num papel e mandei que a paciente fosse marcar (Rebeca).

Pode-se perceber pelas falas, que os encaminhamentos se dão sem um diálogo interdisciplinar, representando o “repasso” para o especialista. No entanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) aponta que o NASF deve ser guiado por um arranjo técnico-assistencial que visa superação da lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma outra forma de compreender a interação entre os serviços, a partir da corresponsabilização entre as equipes de ESF e NASF. A responsabilização compartilhada tem por objetivo aumentar a

capacidade resolutiva da equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências.

Propõe uma mudança na lógica do sistema, pois não se baseia no simples encaminhamento do paciente com uma guia de referência a um especialista, em que cada um faz a sua parte no seu local de ação e não se comunica nem partilha o cuidado, aguardando um retorno através de uma guia de contrarreferência (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Os estudos realizados acerca do apoio matricial demonstraram que a busca por soluções conjuntas, com a valorização do conhecimento da equipe de ESF, favorece com que os profissionais se sintam capacitados e autônomos, indo de encontro à ideia inicial de que as soluções seriam dadas pelos profissionais das equipes de apoio matricial (CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; DELFINI et al., 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

A partir de reflexão teórica e prática nas discussões dos casos, se reconheceu uma capacitação horizontal que acontecia nos encontros entre as equipes. Apesar da ausência de dados objetivos, pôde-se inferir que o apoio matricial favoreceu um olhar voltado para o grupo familiar e ao contexto social com resultados positivos (DELFINI et al., 2009; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

As intervenções diretas do NASF aos usuários e famílias poderão acontecer em forma de atendimento individualizado apenas em situações muito necessárias. Ainda nesse caso, entende-se que o encaminhamento das equipes de ESF deveria ocorrer após discussões e negociação entre os profissionais envolvidos (BRASIL, 2009b).

Alguns ACS, mesmo sem demonstrar ter consciência, quando buscam diretamente o NASF para conversar sobre casos mais difíceis, fortalecem a corresponsabilização. Informalmente, eles põem um importante aspecto do apoio matricial em foco, a discussão partilhada dos casos. Não chega a configurar exatamente o que é proposto, pois o atendimento compartilhado trata-se de uma forma de interação entre os profissionais de forma mais profunda, com troca de saberes e experiências e discussão de projeto terapêutico, mas a busca por uma solução conjunta pode representar um passo nessa direção, como pode ser visto a seguir:

No NASF, eu procurei diretamente à psicóloga (...), disse como é que a paciente estava (...). A gente conversou muito e fomos na casa da paciente (...) (Rute).

O grupo estudado disse que os profissionais que eles mais procuram são a assistente social, que no caso, é a coordenadora do NASF, e a psicóloga. Relatam fácil acesso ao serviço, como mostrado na fala a seguir:

(...) às vezes que eu procurei, não encontrei dificuldade (Maria).

No caso do serviço de psicologia, os participantes comentaram algumas vezes a questão da psicoterapia individual (fizeram referência à palavra “sessão”) como sendo uma das principais atividades desenvolvidas no NASF neste setor. Deveria ser mesmo essa a função primordial do psicólogo vinculado ao NASF?

Para Azevedo (2010) e Carvalho e Dimenstein (2004), a maioria dos psicólogos fazem da psicoterapia individual sua principal atividade nos serviços públicos de saúde, porém para cuidar de um sofrimento permeado pelas condições de vida, faz-se necessário outros tipos de intervenções, principalmente que contemplem o contexto de desigualdades econômicas.

A mera transposição do modelo clínico tradicional e a formação deficitária para o trabalho em saúde pública constituem entraves que limitam a atuação desses profissionais (PAIVA; RONZANI, 2009). Eles, como membros de equipes dos NASF, podem ir além da terapia individual, em virtude do potencial que apresentam para estimular os profissionais da ESF a incluir em suas atividades uma escuta mais sensível e atenta às necessidades dos pacientes, além de provocar inquietações na equipe frente ao saber-fazer já estabelecido, levando-os a refletir o cotidiano (SUNDFELD, 2010).

Acerca do conhecimento sobre o NASF, alguns profissionais relataram ter participado de reuniões, antes da implantação, que tiveram o intuito de esclarecer em que consistiria o novo serviço no município. Mas, apenas alguns fizeram parte, como pode ser visto a seguir:

(...) foi feita uma reunião (...), o secretário de Saúde explicou tudo... (Sara).

Eu não fui convidado (...), eu não sei utilizar todos os serviços do NASF (Mateus).

(...) eu não fui comunicado (Pedro).

Talvez por isso, o conhecimento não é uniforme na equipe, pois alguns participantes demonstram não saber o que significa a sigla, os profissionais que lá trabalham e a função na rede de saúde.

Pode-se inferir que o conhecimento reduzido de alguns profissionais sobre o NASF dificulta a sua real implementação, entendendo que a proposta do mesmo não é ser mais um serviço na rede, nem oferecer consultas especializadas, mas contribuir para uma mudança na forma de operacionalizar o processo de trabalho da ESF.

O grupo investigado falou que não costuma ter reuniões sistemáticas com a equipe do NASF, apesar da proximidade física entre as unidades (ao lado). Ou seja, o NASF realiza as ações do apoio matricial em sua dimensão assistencial (ação clínica direta ao usuário) mas não em sua dimensão técnico-pedagógica (apoio pedagógico com e para a equipe).

Para efetiva implantação do NASF, e inserção do apoio matricial no cotidiano das equipes de ESF, é necessário criar espaços rotineiros de reunião possibilitando maior discussão dos casos, com planejamento acordado entre as equipes (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Segundo Delfini et al. (2009), um espaço destinado a reuniões além de favorecer o compartilhamento dos casos, com melhor resolutividade para a comunidade, é também o momento mais propício para as trocas de saberes entre os profissionais, se tornando um local de aprendizado para as equipes e apropriação de outro modelo de processo de trabalho.

A transformação do atendimento de um grupo de especialistas para efetivas equipes matriciais promoverão maior qualidade nas ações de saúde mental na ESF, na medida em que são discutidas as especificidades e a subjetividade de cada intervenção (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

A falta de momentos para reuniões entre as equipes do NASF e da ESF para planejarem as atividades que irão desenvolver em parceria e o modo como isso acontecerá, certamente influencia para dificultar a comunicação entre os serviços, visualizado nas falas a seguir:

No NASF, eles falam muito que as pessoas deixam o tratamento, começam uma sessão e não vão mais, desistem (...). Mas, se tivesse comunicação, elas poderiam passar para a gente ir na casa dessa pessoa, saber o porquê que essa pessoa não estava indo (...) (Maria).

(...) falta de diálogo entre a pessoa, equipe, com agente de saúde. (Lídia).

As ACS contam que, às vezes, acontece uma comunicação, que é feita informalmente, por uma eventualidade, favorecida pela proximidade física entre as duas unidades. É o caso de

uma informação que é ouvida ou compartilhada simplesmente porque passavam por perto para resolver alguma situação na unidade de ESF.

(...) às vezes, fico esperando para falar com o médico (...) e escuto as meninas no NASF falar “fulana estava marcada e não veio”. Aí, ouço e falo “não, ela disse que não vem mais não” (Maria).

(...) aconteceu comigo (...). Eu ia passando... “Rute, vem cá, (...) tem uns pacientes aqui que eu acho que são da tua área, olha”. Eu disse “é, da minha área sim” (Rute).

Segundo Mielke e Olchowsky (2010), em trabalho desenvolvido com profissionais da ESF de Porto Alegre, foi avaliado como sendo de grande importância a troca de informações e de comunicação entre a unidade e a equipe de saúde mental, bem como valorizado o apoio oferecido mediante a orientação para as intervenções em saúde mental.

Uma dificuldade é que após o encaminhamento por escrito do profissional da ESF ao do NASF, não costumam receber nenhum tipo de contrarreferência, a fim de explicar a conduta tomada após encaminhamento da equipe de ESF. Isso pode ser concluído a partir da fala:

(...) a gente não tem um retorno. Ou seja, a psicóloga atende, mas ela não passa para gente, se foi bom, se não foi, como é que está (...). É ruim (Maria).

Especialmente os ACS sentem-se prejudicados com a ruptura na comunicação. Muitas vezes, eles são os primeiros a identificarem a necessidade, a “acionar” a rede, porém, depois, perdem as informações, pois do NASF, o paciente poderá ser encaminhado a um CAPS ou hospital, sem que os ACS sejam informados prejudicando o acompanhamento do caso, conforme destacado nas falas:

(...) a gente deveria estar a par de tudo que está acontecendo porque (...) não é a gente que traz? A gente que começa, que leva o problema. (Rute).

(...) às vezes, o paciente está internado lá em Fortaleza e a gente não tem como saber, só se for lá na casa (...) (Maria).

(...) é ruim, porque a gente fica sem saber a situação do paciente através da consulta dela (...). Às vezes, quando a gente sabe, o paciente já está até internado. Ela faz o encaminhamento e a gente nem fica sabendo, quando deveria informar (...) (Lídia).

Como os profissionais não estabelecem uma comunicação adequada entre si, são os próprios pacientes ou seu familiar que, após retorno a uma consulta na ESF, dão as informações acerca das condutas que foram tomadas, minimizando a perda de informações, tão necessárias para entender a atual situação e necessidade do paciente.

(...) a própria paciente que veio para cá (...). Ela me disse que conversou muito e que a psicóloga falou que era só ansiedade (...) (Rebeca).

(...) o retorno que eu tive foi da paciente mesmo, depois que ela ficou boa (Rute).

A ausência de contrarreferências formais e as consequências advindas disso têm sido relatados na literatura (BARONI; FONTANA, 2009; CAÇAPAVA; COLVERO, 2008; CONSOLI, 2009). Nas situações em que os profissionais não têm condições para compartilharem os casos, a contrarreferência formal torna-se essencial para a continuidade do atendimento e fortalecimento do vínculo com os profissionais que iniciaram o processo.

Durante a reflexão realizada pelos participantes do grupo focal, surgiu a dúvida: de quem é a responsabilidade pelo seguimento da informação? Alguns profissionais se colocaram como co-responsáveis por essa “quebra” na informação, considerando que, não fizeram sua parte, pois poderiam ter procurado saber junto à equipe do NASF, no caso.

(...) é culpa minha também (...). Um dia eu peguei os casos que ia lembrando (...) “O que deu esse, o que deu aquele”? Mas isso de uma forma altamente pontual, não sistemática, não organizada (...) (Mateus).

(...) Eu tenho certeza que se (...) você encaminhar, e a gente for lá, ela repassa tudo para gente (...). Cabe a gente ir, procurar saber, como é que está aquele paciente que ela atendeu tal dia? (Sara).

Outros que cabe à ESF a identificação e o encaminhamento e ao NASF, dar informações acerca do que foi feito em cada caso:

(...) não era necessário eu ir lá, para pedir “Cadê? Como é que está?” (...) Era para ser assim: “vamos procurar o agente de saúde tal, porque o paciente que ele trouxe, desistiu” (...). Não necessariamente só a gente procurar (Rute).

Assim como a gente vai, eles deveriam também procurar o ACS (Lídia).

Evidencia-se, novamente, a importância de um momento para que as equipes possam dialogar e acordar as responsabilidades, fortalecendo mecanismos de comunicação que irão contribuir para a melhor condução dos casos, culminando em um melhor cuidado oferecido.

Frente à percepção de que a comunicação entre as equipes pode ser melhorada, o grupo investigado apresentou sugestões. Uma delas é utilizar o modelo já estabelecido de comunicação dentro da própria ESF, em que as auxiliares de enfermagem juntamente com a enfermeira, após detectarem a ausência do paciente a um atendimento agendado, entram em contato com os ACS para buscar informações acerca do paciente. No caso, a ACS sugere que o profissional do NASF comunique a alguém da equipe de enfermagem para que dê início essa forma de transmitir a informação. A outra sugestão é aplicar esse modelo de comunicação em relação ao NASF-ACS, sem intermediação de outros profissionais da ESF, como já aconteceu com uma ACS e ela pôde constatar que é uma forma fácil e eficaz. Tais sugestões estão nas falas a seguir:

(...) trabalhar em parceria com a gente (...). Tal dia estava marcado para o seu João, lá da área da Sara, mas seu João não veio. Aí, faz um bilhetinho para enfermeira e ela passa para mim, para saber por que ele não veio para consulta que estava marcada (...). Aí, a gente já ajudava mais, tanto a ela como ao paciente (...). É o que as meninas (as auxiliares de enfermagem) fazem aqui quando falta paciente (Sara).

(...) já aconteceu de pedirem: “Rute, procura eles para mim e diz que está marcada a consulta deles para tal dia”. Eu fui na casa dos três pacientes, entreguei o papelzinho, pronto. Quer dizer, se eles fizessem sempre assim, tudo seria bem mais fácil (Rute).

Apesar de certa viabilidade das sugestões, ressalta-se que, ainda assim, não é o mais recomendado para o fortalecimento de um trabalho em equipe, entendendo que a realização de encontros periódicos é imprescindível para que seja estabelecida uma troca contínua de informações entre a ESF e o NASF, como a busca dos faltosos, por exemplo.

Apesar do aspecto da falta de comunicação, os profissionais pesquisados demonstram estar satisfeitos com o atendimento realizado no NASF, como descrito nas seguintes falas:

Eu encaminhei o paciente para psicóloga porque simplesmente ela se mordida todinha (...). Quando a gente estava fazendo a pesquisa de lesão de boca, a gente identificou. Depois em conversa, concluí “isso não é lesão, é stress” (...). Fiz um encaminhamento (...) e a paciente fez algumas sessões (...). Veio de volta bem saradinha, disse que estava mordendo muito pouco (Rebeca).

Eu já precisei várias vezes do NASF (...) e graças a Deus eu tive bons resultados com pessoas da minha área (...) (Lídia).

Como no município estudado não há CAPS, os pacientes que, após avaliação médica necessitarem desse tipo de serviço, são encaminhados (por mecanismos específicos de gestão) para outra cidade. Em algumas situações, a psicóloga do NASF encaminha para a psicóloga do CAPS.

O atendimento no CAPS tem dois aspectos que dificultam a utilização pelo paciente, que são: o deslocamento para outro município e o tempo de espera da consulta. Assim, após o encaminhamento feito pelo médico da ESF, o paciente ou familiar se desloca para a Secretaria de Saúde, onde é feita a regulação dos atendimentos ofertados fora do município. Eles esperam em média de um a dois meses, segundo os participantes, para uma avaliação, que será feita em um município vizinho, distante 20 a 30 km do município em que reside. Isso pode ser observado a partir dos relatos a seguir:

(...) quando encaminha para o CAPS, ele vai para Secretaria de Saúde, com a referência, para aventurar uma consulta no CAPS (...). Existe uma central de regulação de consulta (Rebeca).

(...) a gente tem essa dificuldade mesmo (...). Começa numa medicação e encaminha para o CAPS (Mateus).

*(...) eu passei por isso com o meu filho... Foram 2 meses para eu conseguir uma consulta para ele com o psiquiatra no CAPS (...)
(Maria).*

Frente a essa realidade, pode-se inferir que o acesso dos pacientes com transtorno mental grave e/ou persistente está sendo prejudicado, podendo representar um importante entrave para o cuidado a essa população. Apesar de saber que a utilização de algum serviço de saúde é influenciado por vários aspectos, entende-se que a acessibilidade geográfica é o primeiro passo na garantia da assistência à saúde (DONABEDIAN, 1988).

Na prática, esse tipo de encaminhamento é deixado para as situações mais restritas em que ESF e NASF esgotaram suas possibilidades de resolução. Por isso, o grupo chegou ao consenso de que o município precisa de um CAPS e demonstraram entender que este serviço tem um público específico e que não é “para todo paciente que usa receita azul”(receituário utilizado para prescrição de psicotrópicos). Ressalta-se que o município já está em negociação com o Ministério da Saúde para implantação de um CAPS 2.

Outro aspecto dificultador na relação entre ESF e CAPS é a ausência de contra-referências. Se, anteriormente, foi possível observar que, apesar do NASF ser um serviço dentro do município, e no caso específico da equipe de ESF estudada, de muita proximidade

física entre as unidades, ainda assim, não havia uma comunicação adequada entre as equipes, o que esperar do CAPS? Considerando que fica em outro município, os profissionais não se conhecem e não está fortalecido o mecanismo de referência e contrarreferência? Assim, os profissionais revelam que não há comunicação adequada entre os serviços, apesar de que isso não se mostrou como algo específico para a saúde mental, mas para encaminhamentos realizados de uma forma geral:

(...) teoricamente a gente teria que receber, do mesmo jeito que eu faço a guia de referência, tem um lugar lá para contrarreferência. Olha, não só na saúde mental, mas em todos os outros, (...) raramente eu li uma contrarreferência (...) (Mateus).

Essa situação não parece ser a exceção, pois em trabalho realizado por Cavalcanti et al. (2009), dos 27 casos estudados de pacientes em acompanhamento no CAPS, nenhum havia articulação com a ESF. Para Azevedo (2010) e Oliveira et al. (2011), a falta de diálogo entre as equipes do CAPS e a atenção básica é evidente, e isso pode ser verificado pela ausência de contrarreferências.

Como no NASF, também no CAPS, os próprios pacientes que acabam transmitindo as informações necessárias aos profissionais da ESF acerca das condutas realizadas nos outros serviços. Eles o fazem sem intenção, pois alguns até deixam de frequentar a unidade de ESF, por entender que “não precisam mais”. Assim, a maioria buscará a unidade e contará o ocorrido, eventualmente, como no caso de necessidade de realizar outros tipos de atendimento ou assistência em saúde mental, o que muitas vezes significa buscar a medicação que acabou antes da data do retorno ao CAPS. Isso pode ser entendido pela fala a seguir:

(...) eles passam mais ou menos 3 meses para ir lá e acabam pegando remédio aqui, quando falta na casa deles. Também vêm se consultar com a gente (...). Mas voltam só dizendo o que estão tomando (...) (Mateus).

Quanto à relação da ESF com o hospital psiquiátrico, o atendimento nestes locais se dá pela necessidade de atendimento dos casos emergenciais, como crises psicóticas ou apenas para consulta com o psiquiatra. No primeiro caso, o acesso é difícil, como pode ser visto na fala a seguir:

(...) teoricamente têm também os hospitais psiquiátricos, mas, na verdade, a gente quase não tem, não consegue vaga (Mateus).

Dessa forma, o hospital psiquiátrico passa a ser um serviço pouco utilizado, mudando o paradigma de psiquiatria tradicional em que o mesmo assume o principal papel na rede de assistência em saúde mental (OLIVEIRA et al., 2011).

Quando os pacientes conseguem ser encaminhados, outro problema persiste, a ausência de contrarreferência: o paciente retorna apenas com a receita da medicação.

(...) só a receita do remédio (...) vem só com uma consultazinha (Eva).

(...) essa receitinha dela fica guardada por 2, 4, 6 meses. A receita dobradinha, já toda velhinha, que é só para trazer, apresentar ao médico, para ele renovar e ela tomar o remédio (Rebeca).

Os serviços descritos até o momento fizeram referência exclusivamente à rede de saúde. Porém, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010) reafirmou que a saúde mental se insere no campo da saúde, mas o transcende, com interfaces importantes com os campos da assistência social, educação, cultura, lazer, esportes, habitação, trabalho, justiça, dentre outros, como algo “intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial”.

Assim, os profissionais pesquisados foram estimulados a dialogarem acerca das experiências daquela equipe de ESF em relação à intersetorialidade. Eles relataram que no território deles há colégios, um Centro de Arte e Cultura (CEARC), Conselho Tutelar, igrejas, dentre outros espaços que poderiam ser utilizados pela equipe. Porém, os mesmos são utilizados pontualmente, sendo perceptível que a intersetorialidade é algo bem incipiente na prática deles. De forma mais contínua, mas ainda restritas, ocorrem atividades de saúde bucal, desenvolvidas nos colégios:

(...) em termos de integração (...), eu ainda não vejo (...). O dentista faz ações de atividades coletivas, mas na saúde mental, não... (Rebeca).

Eu, como médico, só trabalho na minha salinha (...) e a casa dos pacientes (...). Não vou na escola (...) (Mateus).

Em municípios pequenos, como o estudado, a intersetorialidade pode acontecer informalmente, como observado em uma situação exposta por uma ACS. Ela havia conversado com uma professora que estava inquieta, por ter sugerido à família de uma aluna, uma avaliação da saúde mental da criança, sendo mal interpretada. A ACS, então, procura saber quem é o ACS responsável por essa família, para poder investigar melhor a situação e

contribuir com os instrumentos que o campo da saúde pode oferecer, conforme descrito a seguir:

(...) a professora estava sofrendo com isso, porque falou com os pais da criança e eles não aceitaram, acharam que era ela que não queria a criança em sala de aula. Eu até queria saber quem é o agente de saúde dela, para poder ver como ajudar (Sara).

Mesmo que informalmente, essa situação representa uma possibilidade de parceria, pois, no caso, a professora, percebendo sua limitação em conduzir a situação, conversa com a ACS pensando em ampliar as fontes de ajuda para resolução da melhor forma.

O diálogo entre o campo da saúde e os outros setores, ainda é bem difícil de acontecer, havendo, com frequência, uma delimitação de atuação por parte dos profissionais, entendendo que aquilo que está fora das responsabilidades diretamente relacionadas à sua área, não é de sua responsabilidade (PAIVA; RONZANI, 2009). Porém, tal concepção precisa avançar em uma perspectiva de interlocução, a fim de que seja efetivada a intersetorialidade. No caso de saúde e escola, isso é imprescindível, a fim de que os recursos da comunidade possam ser articulados com benefício para ela mesma (SUNDFELD, 2010).

Em trabalho realizado por Campos et al. (2011), foi possível notar que as atividades que viabilizaram a inserção dos profissionais em atividades extramuros, colocando-os em movimento e fugindo da “lógica centrípeta” (as consultas individuais como a essência do trabalho), tiveram o reconhecimento dos usuários que se apropriaram dos espaços, demonstrando que há possibilidade para ações diferentes do tradicional modelo de queixa-conduta.

A falta de articulação com outros setores fragiliza o próprio cuidado em saúde, pois o privilégio de consultas médicas, especificamente no campo da saúde mental, tem sido relacionado a uma baixa capacidade de resolutividade no âmbito da ESF em virtude da não garantia do cuidado integral (ARCE; SOUZA; LIMA, 2011; COELHO; JORGE, 2009).

No entanto, a consulta individual sendo a primeira opção no campo da intervenção em saúde, é algo ainda muito presente nas equipes de ESF, como também foi possível perceber na que foi estudada. A mesma demonstrou abertura a um modelo de saúde não estritamente biologicista, com a inclusão na rede de saúde de outros profissionais, como psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Porém, isso se dá, na maioria das vezes, com o médico sendo “o responsável” pela solicitação desses atendimentos e não a equipe, que poderia pensar conjuntamente a melhor intervenção para cada caso.

Dessa forma, entende-se que o pensar e o fazer saúde na ESF continua permeável ao modelo tradicional biomédico, corrompendo o trabalho desses profissionais que deveriam operar em outra lógica.

4.5 Entre a medicação e a escuta

Considerando que um dos intuitos deste trabalho é apontar potencialidades e limites do cotidiano de uma equipe de ESF na realização de ações em saúde mental, optou-se por aprofundar alguns aspectos de duas ações identificadas pela equipe como primordiais: a prescrição de psicotrópico e a escuta.

- **A prescrição do psicotrópico**

Em pesquisas com profissionais da atenção básica, a prescrição de medicamento esteve dentre as atividades mais frequentes no campo da saúde mental, sendo até mesmo entendida, por alguns profissionais, como a principal prática terapêutica ofertada no serviço de saúde (CAIXETA; MORENO, 2008; DIMENSTEIN, 2009; RIBEIRO et al., 2010).

A prescrição de psicotrópico é uma atividade exclusiva do médico, devendo ser realizada em um receituário diferenciado, impresso, padronizado na cor azul, sendo chamado de receita Azul ou receita B, com especificações detalhadas na Portaria 344/98 do Ministério da Saúde. Deverá ser válida por 30(trinta) dias, a partir de sua emissão, apenas no estado em que foi prescrita. Qualquer médico poderá prescrever, não sendo necessário ser psiquiatra (MADRUGA; SOUZA, 2009).

Por causa dessa regulamentação, ao longo das falas dos profissionais, são feitas referências ao uso de psicotrópico utilizando a expressão “receita azul”, que também é conhecido como remédio controlado.

O elevado índice de utilização de psicotrópicos, especialmente os antidepressivos e os ansiolíticos é citado com frequência na literatura, sendo relacionado às características da vida moderna, com o excesso de atividades gerando situação favorável para aumento da ansiedade, à pressão por parte da indústria farmacêutica com a promessa de resolução rápida dos problemas ou aos hábitos de prescrição pelos médicos sem a devida criticidade (AZEVEDO;

MEDEIROS, 2008; CAMPOS et al., 2011; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; SILVA et al., 2005).

Na realidade estudada, apesar de não ter nenhum cadastro que forneça ao certo os números relativos à utilização desse tipo de medicamento, a percepção da equipe é que a comunidade faz uso frequentemente do mesmo. Alguns ACS falaram que mantinham um cadastro feito por eles mesmos, para registro pessoal, dos pacientes que utilizam psicotrópico em suas microáreas.

Porém, na unidade, não há nenhum cadastro dos pacientes que recebem medicação psicotrópica, por isso, a equipe se baseia em percepções do cotidiano. As medicações psicotrópicas não são distribuídas para as unidades de ESF. A entrega das mesmas é realizada de forma centralizada na Central de Assistência Farmacêutica (CAF) do município, que se localiza em prédio anexo à Secretaria de Saúde. Ou seja, não são distribuídas para as unidades de ESF, dificultando para os profissionais o acesso diário à quantidade necessária de consumo, podendo obter essa informação, mediante solicitação ao farmacêutico responsável.

A equipe relata que, há algum tempo, com o aumento da procura por “receitas azuis”, a entrega de fichas para o atendimento diário do médico e as visitas domiciliares se mostraram insuficientes. Assim, uma forma que os ACS pensaram, na ocasião, para ajudar as pessoas que precisam de medicação psicotrópica, foi eles buscarem a receita. Ou seja, os ACS tomaram para si a responsabilidade das receitas azuis de alguns pacientes, especialmente os que apresentavam mais dificuldades para deslocamento.

No entanto, perceberam os riscos dessa atitude, pois facilmente poderia trocar a medicação entre os pacientes. Além disso, havia a necessidade do médico reavaliar a pessoa para poder dar seguimento às condutas de uma forma segura, como pode ser visto a seguir:

(...) é muito difícil para o médico (...). Ele não vê o paciente, não sabe se aquela medicação ainda está certa, se está servindo (...), acho que deveria ter o contato mesmo do médico com a pessoa (Maria).

Para os profissionais pesquisados, a medicação assume papel central na assistência em saúde mental, conforme pode-se ver pela fala a seguir:

(...) tudo termina em receita azul (...) (Rebeca).

Corroborando com Pereira (2000) acredita-se que os profissionais de saúde, especialmente o médico, deveriam olhar para a medicação com a opção de usá-la como adjuvante ou determinante, mas também reconhecer quando não é indicada.

Ou seja, o fato não é questionar a importância da medicação, mas a exclusividade da mesma como forma de cuidado. No entanto, tem sido visto em várias realidades brasileiras a prática de saúde que elege a medicação como principal recurso no auxílio ao sofrimento psíquico (ANTONACCI; PINHO, 2011; CAMPOS et al., 2011; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; OLIVEIRA et al., 2011).

Os autores Carvalho, Dimenstein (2004) observaram em um estudo que a maioria das mulheres entrevistadas, utilizava a medicação apenas como recurso para ajudar a enfrentar seus problemas. Aquelas que associavam com outras opções, o faziam dando importância secundária às mesmas, utilizando-as de forma esporádica, demonstrando não acreditarem em seu poder.

Atualmente, percebe-se que uma consulta médica raramente termina sem prescrição de um medicamento, evidenciando-o como principal ferramenta para a saúde. Cada vez mais tem sido vinculado ao bem-estar, saúde, felicidade, em consequência à crença de que, na presença de um problema, o mesmo deverá ser resolvido rapidamente, sendo o medicamento uma possibilidade de tornar isso real (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Apesar de grande importância atribuída por profissionais e pacientes à prescrição da medicação, às vezes, não é tão fácil conseguí-las, como se pode perceber pela fala:

(...) as receitas (...), no dia-a-dia, são um sacrifício... (Sara).

Considerando que nem sempre os pacientes são atendidos pelos mesmos médicos (buscam médicos fora da área adscrita e em pronto-atendimentos) e as informações nos prontuários, às vezes, são incompletas e/ou desatualizadas, há um costume, entre os pacientes, de guardar a receita, como uma forma de garantir o recebimento da medicação conforme foi prescrita:

(...) essa receitinha dela fica guardada por 2, 4, 6 meses. A receita dobradinha, já toda velhinha, que é só para trazer, apresentar ao médico, para ele renovar e ela tomar o remédio (Rebeca).

Apesar da medicação parecer tão central para a comunidade, parece haver sentimentos ambivalentes em relação à mesma. Por vezes, utilizar um psicotrópico ainda é visto com preconceito, pois usá-lo “atesta” um diagnóstico ou ao menos uma situação de sofrimento que remete à loucura ou “remédio para doido”. Conforme discutido na categoria 2, ainda há presente o preconceito em decorrência do estigma de quaisquer situações relacionadas aos transtornos mentais. Tal situação pode ser vista na fala a seguir:

(...) existe o amor e o ódio ao remédio (...). Tem um preconceito (...). Não é como tomar remédio para diabetes e para pressão. Também existe aquele amor só ao remédio (...) (Mateus).

Foi possível notar que os profissionais sabem da existência de pacientes que utilizam esse tipo de medicação por longo tempo. Frente a essa situação, o médico demonstrou não sentir-se à vontade para mudar a conduta de outro médico, como se observa a seguir:

(...) a gente vê o paciente pedir “o ‘diazepanzinho’ que já está tomando há 5, 6, 7 anos, e só aquilo (...). Mas eu não vou atropelar o que o outro vem fazendo, a gente tem que respeitar (Mateus).

Há, nessa situação, uma questão de ética profissional implicada entendendo não adequado interferir na forma de tratamento que o paciente já vem fazendo com outro profissional. Porém, há também uma questão de segurança do paciente, pois, no caso específico dos benzodiazepínicos (“diazepanzinho” citado pelo profissional), deveriam ser usados em curto prazo, “não devendo exceder de dois a quatro meses, com raras exceções”, conforme os autores Carvalho e Dimenstein (2004).

A utilização da medicação por um tempo estritamente necessário é a medida eficaz para prevenir a dependência. Mas o que tem sido feito no sentido de retirar essa medicação ou até mesmo orientar a comunidade acerca dos riscos do uso crônico?

Infelizmente, na maior parte dos serviços de saúde, têm-se visto a continuidade do remédio por um tempo indeterminado, assumindo um lugar fundamental na vida das pessoas que as utilizam (CAMPOS et al., 2011; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

O ideal seria que, desde o primeiro momento em que o médico decidisse iniciar a medicação, fosse explicado ao paciente o tempo previsto para a realização do tratamento (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Em um estudo realizado por Orlandi e Noto (2005), foi detectado usuários que utilizam benzodiazepínicos por oito anos. Além disso, os mesmos relataram a falta de orientação médica no início do tratamento. Fato este também reconhecido pelos médicos e psicólogos.

Em um estudo realizado por Campos et al (2011), apesar dos pacientes referirem ter poucas informações sobre o uso do medicamento, como, por exemplo, não saberem o motivo ou duração do tratamento, declararam ter o controle da situação na medida em que alteram doses e/ou interrompem os medicamentos mesmo sem amparo profissional.

Há uma ênfase na responsabilidade do médico nesse tipo de orientação, mas os outros profissionais de saúde, especialmente os farmacêuticos que são os responsáveis pela dispensação deste tipo de medicamento, poderiam se envolver mais (CRUZ et al., 2006).

Uma das consequências do uso prolongado do benzodiazepínico é que o quadro inicial que fez com que a medicação fosse iniciada, perde a importância, considerando que se passa a usar para evitar apresentar os sintomas referentes à falta que a medicação ocasiona, podendo ser entendida como uma perda da autonomia (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Outra problemática apresentada pela equipe é o fato da medicação ser iniciada, muitas vezes, de forma precoce. Os participantes reconheceram que situações corriqueiras podem prejudicar o sono ou interferir na sensação de bem-estar, não devendo, portanto, implicar em justificativa para início do uso da medicação. Ao contrário, poderia ser motivo para buscar a real causa que está provocando aquela situação e não simplesmente prescrever uma medicação sem que seja feita avaliação mais detalhada:

(...) às vezes, é uma preocupação. Às vezes, é uma coisa que poderia ser tratada com um outro setor, sem precisar de remédio (Lídia).

(...) às vezes, a pessoa perde o sono, não está dormindo direito, mas o médico já passa uma receita azul, sem necessidade (Abigail).

Para os autores Carvalho e Dimenstein (2004), o início precoce do uso da medicação pode prejudicar a pessoa, pois ao recorrer ao “remedinho para acalmar” provavelmente estará disfarçando os aspectos sociais envolvidos em seu processo saúde-doença. Além disso, evita que a pessoa tenha uma visão mais ampla dos seus problemas e suas causas.

Especialmente no caso das mulheres, que são as que usam mais frequentemente, o medicamento passa a representar o controle de si nas horas de maior tensão, reforçando uma ideia que, sem eles, elas não irão conseguir resolver seus problemas cotidianos. Muito mais do que no corpo biológico, a medicação passa a agir nas angústias e incertezas, favorecendo uma ideia de equilíbrio quando na verdade não passa de uma “mordaca química” que as paralisa frente aos desafios de buscar novas formas de lidar com suas dificuldades e seus determinantes individuais e coletivos. Esse pensamento certamente influencia o desejo que as pacientes têm em continuar utilizando a medicação, ao contrário de suspendê-la, após o tempo necessário (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Ainda sobre a falta de uma investigação mais detalhada, acerca das queixas no campo da saúde mental, também há prejuízo na assistência em virtude de uma compreensão da comunidade de que o importante é a mera transcrição da receita, que poderá ser conseguida

mesmo sem a presença do paciente que utiliza a medicação na consulta médica. Dessa forma, qualquer familiar ou amigo, desde que tenha um documento do paciente, poderá conseguir a receita e consequentemente, a medicação.

Na verdade, esta não é uma particularidade da realidade estudada, pois a literatura aponta que, na maioria das vezes, a consulta tem funcionado como forma de revalidação do receituário ou transcrição de psicotrópicos. Ou seja, uma consulta que não indica uma assistência de qualidade em saúde mental, pois ocorre sem momento para escuta, avaliação das condições de saúde e mudanças da vida (CAIXETA; MORENO, 2008; CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; DIMENSTEIN et al., 2009; RIBEIRO et al., 2010).

De acordo com Campos et al. (2011), as pessoas pesquisadas se referiam à atenção básica como o serviço que não há consultas diretas ao usuário, sendo apenas a partir de relatos indiretos que o médico decide pela renovação ou não da prescrição.

Na atual pesquisa, durante as observações em diário de campo foi registrado:

[Vejo que o profissional do SAME entra no consultório com a receita da medicação e sai de lá com outra, “uma renovada”, sem que minimamente o médico tenha conversado ou visto o paciente que aguarda na área central da unidade].

Tais observações coadunam com o relato dos próprios trabalhadores que em trabalho de Camuri e Dimenstein (2010) relataram não fazer o acompanhamento sistemático da utilização dos psicotrópicos na unidade de ESF, não alterando ou suspendendo a medicação, encaminhando ao psiquiatra os casos que precisam de uma avaliação, somente renovando as receitas.

As práticas de repetição de receita são criticadas por usuários e profissionais, porém não há uma mudança significativa de postura de ambos (CAMPOS et al., 2011). No caso da unidade de ESF estudada havia um consenso entre os profissionais acerca da importância de rever a questão da consulta funcionar como renovação de receita. Eles colocaram que isso vem mudando na unidade, com o incentivo para que o próprio paciente compareça à unidade de saúde e seja avaliado pelo médico da ESF, que parece que tem priorizado uma consulta que seja mais do que só a transcrição da receita:

A gente pede para que eles tragam as pessoas. Eu gosto de ver, de conversar e tudo (...). Eu não sei se é porque já vem no costume de ficar naquela receitinha azul, diazepam 10 anos, que a gente pega muito aqui (...), mas a gente sempre chama (...) (Mateus).

(...) o médico vendo o paciente fica bem diferente (...), é bom ele ter esse contato (Lídia).

Para Cruz et al. (2006), é na consulta que primordialmente o médico poderá avaliar se a medicação e a dose estão adequadas, bem como avaliar os efeitos adversos. A prescrição racional de psicotrópico deve ser feita em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso, e a partir de estabelecimento de bom vínculo com o paciente.

Um aspecto que pode contribuir para que os pacientes evitem comparecer à consulta, é o fato da unidade apresentar limitações que não proporcionam um ambiente muito agradável. Os participantes discutiram que a área central onde os pacientes aguardam atendimento, com frequência, está com um grande número de pessoas, em um espaço fisicamente reduzido, com ventilação prejudicada e ruídos sonoros constantes, em consequência das conversas ali realizadas:

(...) eu não sei se para eles, como é que é esse ambiente aqui, de vir, pegar ficha... Tem essa sala aqui, mas ela é sempre essa confusão, essa lotação (...) (Mateus).

Tais percepções dos participantes são parecidas com as informações registradas pela pesquisadora em diário de campo:

[São poucos os bancos de alvenaria da área central da unidade. Vejo com frequência as pessoas aguardando atendimento em pé. A depender do dia, há uma grande aglomeração de pessoas e dentro da unidade fica muito quente].

Pode-se perceber que esta equipe tinha alguns desafios, como estimular os pacientes a comparecerem à unidade com mais frequência, mas também orientá-los acerca da importância de uma boa consulta para sua saúde mental. Pois, parecendo que não valorizam isso, não raramente querem resolver seus problemas abordando o médico no corredor, conforme pode ser visto abaixo:

(...) eles adoram consultas extras no corredor, de 30 segundos e eu detesto. Aí, eu falo, “pessoal, a consulta é importante, tão ou mais do que a receita, do que só o remédio”. E aí, às vezes, eu acho que essa história do remédio, remédio, remédio, é o que ainda fica na cabeça. “Ah, eu vou aqui para poder pegar o meu diazepam”, aí, vai, pega o diazepam e vai embora (Mateus).

A equipe tenta minimizar as dificuldades encontradas pelos usuários, como, por exemplo, facilitando a entrega de receitas azuis àqueles que não conseguiram pegar ficha para o atendimento médico:

(...) quando ele não consegue a ficha (...), fica para o final, para eu conseguir (...) (Pedro).

(...) muitas vezes, a gente consegue ajeitar uma fichinha, digo: “rapaz, fala com o Pedro para ele ajeitar uma ficha” (...) (Mateus).

Em outras situações, a equipe já decide previamente alguns pacientes que não pegarão ficha, como uma forma de facilitar a assistência em saúde mental. Tal situação pôde ser registrada pela pesquisadora em diário de campo:

[Hoje compareceu à unidade um paciente que, logo ao chegar, já foi orientado por um profissional do SAME que não precisava pegar ficha para ser atendido. Soube, posteriormente, que esse paciente é um egresso de internação psiquiátrica. Ele estava um pouco ansioso, mas demonstrou boa convivência com a comunidade. Ficou um tempo sentado, aguardando atendimento, segurando sua “receita azul”. Estava sozinho. Ouço algumas pessoas comentando que ele sabe “bem direitinho” a medicação que usa. Outra pessoa se refere a ele como “o doidinho”, e que por isso não pega ficha (...). Após atendimento, o paciente agradece e depois retorna à unidade com a medicação em mãos, mostrando que realmente deu tudo certo].

Como no caso observado, o acesso facilitado parece ter sido importante para que o paciente se sentisse acolhido e com sua necessidade de medicação atendida.

Mas facilitar o acesso estimulou outra situação, algumas pessoas começaram a aproveitar do privilégio de conseguir atendimento mesmo sem ficha, para solicitar muitas outras medicações, como pode ser visto nas falas:

(...) quando eles vão pegar receita azul, dizem (...) “Dr, me dê paracetamol, ibuprofeno, omeprazol”, eles querem pegar tudo (Pedro).

Para além da saúde mental, será que esse fato não ilustra o excesso de medicação que a população, em geral, está se submetendo? Será que nas comunidades assistidas pela ESF continua a perpetuar a prática em que a medicação assume grande importância em detrimento a todas as outras formas de cuidado?

A chamada “medicalização da vida” tem sido estimulada pela mídia e pela indústria médica a partir da propagação de um “ideal de saúde” em que qualquer sinal de dor ou diferença é visto como ultrajante, um desvio que precisa ser corrigido ou aniquilado. Em torno dessa ideia, cria-se uma fantasia, “um mundo de faz-de-conta” da saúde ideal em que os medicamentos são os responsáveis pelos “milagres” (MARTINS, 2004).

No caso específico da saúde mental, não se trata de eliminar a utilização do remédio, mas de retirar dos psicotrópicos a posição de “objeto mágico”. É necessário reconstruir o significado atribuído a ele, deixando de ser “a força” para suportar os sofrimentos cotidianos. Nesse movimento de repensar o papel da medicação, espera-se que as pessoas também possam refletir sobre sua posição diante dos sofrimentos, abrindo a possibilidade para uma tomada de consciência, no sentido de entender e “procurar alternativas para os problemas que as fazem adoecer, tornando-se verdadeiros sujeitos de mudanças, de transformação” (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004, p. 128).

Faz-se necessário que outras práticas sejam articuladas ao tratamento farmacológico. No contexto amplo e complexo dos desafios da implantação de um modelo psicossocial na assistência psiquiátrica, o “arsenal terapêutico” deve contemplar diversas possibilidades, sendo a medicação uma delas. Para isso, no dia-a-dia há de se ter um novo olhar para que o cuidado em saúde mental inclua a história de vida, os laços afetivos, a convivência em meio às tarefas cotidianas, na busca do espaço singular de cada pessoa (ANTONACCI; PINHO, 2011).

- **A escuta**

A equipe pesquisada entendeu que a escuta realizada, mediante os encontros que o trabalho na ESF proporcionava, constituía uma forma de cuidado em saúde mental que permeava os atendimentos em consultório, visitas domiciliares e diálogos desenvolvidos no ambulatório de enfermagem ou recepção.

Cada profissional, em seu espaço, e dentro da particularidade do trabalho desenvolvido, demonstrou utilizar a escuta, entendendo que a mesma fazia parte do cuidado de uma forma mais ampla, não sendo específico para as pessoas com algum sofrimento psíquico, mas inevitavelmente, incluindo-as.

Todo encontro entre o usuário e o profissional poderá ser um espaço de troca, de diálogo e escuta, e a utilização de tecnologias leves poderão favorecer com que o sofrimento psíquico vivenciado seja partilhado.

As tecnologias leves fazem parte de um grupo de tecnologias em que o profissional de saúde deverá utilizar em seu processo de trabalho. Também são conhecidas por relacionais, tendo como exemplo a escuta, a produção de vínculo e o acolhimento. Há ainda as tecnologias leves-duras, como no caso de saberes estruturados, como a clínica médica e a epidemiologia, por exemplo. E por fim, há as tecnologias duras que constituem as máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

Para uma atenção integral e humanizada, faz-se necessário a adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde, sendo a escuta um importante instrumento para os atendimentos em geral, e especialmente para a saúde mental (CAVALCANTE et al., 2011; COELHO; JORGE, 2009; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

Frente aos desafios postos para a implementação da Reforma Psiquiátrica, a escuta se destaca como uma das habilidades que todos os profissionais de saúde deveriam desenvolver, esperando-se dos mesmos uma postura de abertura para a utilização desse tipo de tecnologia (PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

Para Oliveira et al. (2011), a escuta é potencialmente terapêutica, constituindo-se uma importante forma de atenção em saúde mental, devendo permear as ações neste campo, fortalecendo o vínculo e a responsabilização.

Implica em uma disponibilização em compreender o explícito, mas também o implícito, em considerar que, para além de patologias ou formas de tratamento semelhantes, há uma história de vida, com contexto social particular, que fará cada atendimento ser singular (MACHADO; HADDAD; ZOBOLI, 2010).

A pessoa que vai à unidade de saúde quer ser tratada em sua individualidade e, muitas vezes, a escuta de seus problemas relacionados a fatores familiares, emocionais, sociais, econômicos, já traz alívio. Além disso, no diálogo entre o profissional e o usuário, poderão surgir as possibilidades de resolução para as questões apresentadas, mediante soluções conjuntas para enfrentamento das dificuldades (COELHO; JORGE, 2009).

A escuta no consultório realizada pelo médico é essencial para a assistência em saúde mental, pois além de não se restringir à mera transcrição de psicotrópico, conforme discutido anteriormente, possibilita que o profissional compreenda a real situação que há por trás das queixas que chegam ao consultório, como no caso citado pelo médico:

(...) ele sempre vindo buscar esse tal do diazepam aqui (...). Eu negava, porque eu conversava com ele (...). Depois de uns meses, ele foi me dizer que usava droga e que o diazepam era para evitar a dor de cabeça quando ele cheirava cola (Mateus).

As relações interpessoais, e no caso, a estabelecida entre profissional e usuário, são estreitadas a partir de uma escuta atenta, fazendo com que o diálogo favoreça aproximação, com a diminuição da superficialidade (ANTONACCI; PINHO, 2011).

Ao contrário, sem o diálogo e escuta, o distanciamento prejudica a comunicação, favorecendo o cometimento de erros do profissional, além de um atendimento desumanizado, como pode ser visto nas falas a seguir:

(...) o Dr. já pegou várias receitas com medicações que não podem ser tomadas juntas (...). Tem médico que quer saber de passar, se livrar e ir embora (Pedro).

(...) ela passou 24 horas no hospital tomando diazepam, quando o problema dela (...) era febre reumática. Ela chorava, desmaiava de dor (...) e quando acordava, davam outro diazepam (...) (Sara).

A grande demanda de pacientes, a falta de profissionais médicos que se dediquem 40 horas e/ou a dificuldade em fixá-lo na ESF, foram apontados pela equipe pesquisada, como empecilhos para realização de ações de assistência em saúde mental. Essas situações favorecem consultas muito rápidas, baseadas no modelo queixa-conduta, inviabilizando uma escuta qualificada e reduzindo as chances de promover um ambiente em que a pessoa em sofrimento psíquico sint-se à vontade para expor sua situação. Porém, gestores e profissionais envolvidos com a ESF, sentem-se obrigados a aceitar essa situação, como pode ser visto abaixo:

(...) o médico diz “só posso ficar até 10 horas, 11 horas eu já tenho paciente me esperando em outro serviço”. Aí, não tem aquele tempo de conversar (...) e você é “obrigado” a aceitar aquele médico, porque se ele sair é pior (...). Eles não querem se prender só ao PSF (Ana).

São vários os motivos para a alta rotatividade dos profissionais, como a precarização do vínculo de trabalho, fragmentação na formação, más condições de trabalho, dificuldades de relacionamento político entre profissional e gestor, e falta de realização profissional nas atividades desenvolvidas (COSTA et al., 2009; MEDEIROS et al., 2010).

Dentre as principais consequências, pode-se citar a falta de continuidade das ações, com enfraquecimento das relações entre os profissionais e pacientes, bem como entre os próprios profissionais, interferindo na comunicação da equipe (CAMPOS et al., 2011;

COSTA et al., 2009). Segundo Campos et al. (2011) e Medeiros et al. (2010), é perceptível aos usuários que a alta rotatividade é prejudicial para a efetividade dos resultados esperados.

Ressalta-se que no município estudado, a maioria dos profissionais não médicos tem vínculo trabalhista do tipo estatutário mediante concurso público, sendo a questão de dificuldade de fixar o profissional para o trabalho na ESF, restrito ao médico.

Apesar de ser uma questão preocupante, pôde ser observado durante as discussões nos grupos focais que muitas vezes a equipe centra a discussão na ausência do médico ou na dificuldade de mantê-lo, e não no potencial que ela mesma tem para desenvolver ações em saúde mental ou outras áreas que não dependam exclusivamente do médico.

Esse comportamento da equipe também foi observado por Arce, Souza e Lima (2011) em que relataram em seu estudo uma “relação de dependência” da equipe ao médico para a oferta de ações de saúde mental. Certamente isso tem relação com a discussão, feita em categorias anteriores, acerca da centralidade do modelo de saúde vigente no profissional médico.

Quanto ao enfermeiro, o fato de estar mais tempo na unidade foi apontado como facilitador para que ele converse mais, possivelmente favorecendo uma situação de melhor escuta, conforme destacado na seguinte fala:

Como a enfermeira tem mais tempo, conversa mais...(Sara).

Na realidade do município estudado, como o enfermeiro exerce funções assistenciais e gerenciais (ele é o gerente da unidade), sua escuta foi reconhecida como importante para os próprios profissionais, podendo ser visualizado a seguir:

(...) porque qualquer hora que a gente chegue aqui, a enfermeira atende a gente (...). Um dia conversei muito com ela (...), eu chorava muito (Débora).

Na posição de gerente, o enfermeiro tem a possibilidade de exercitar uma postura de escuta e abertura ao diálogo, especialmente com os técnicos de enfermagem e ACS fazendo-os “experimental” o cuidado humanizado em suas relações de trabalho (ROSSI; LIMA, 2005). Inclusive foi possível observar e registrar em diário de campo:

[Em várias ocasiões percebo conversas pessoais entre ACS e enfermeira. Elas parecem ter um vínculo além das responsabilidades profissionais...].

Dessa forma, eles poderão estendê-las aos usuários, visto que a tendência é de que as pessoas doem aquilo que possuem, passando a entender que acolher, escutar e valorizar a singularidade do outro, não é algo meramente teórico, mas vivenciado nas relações dentro da própria equipe, contribuindo possivelmente para um maior comprometimento com a humanização do cuidado (ROSSI; LIMA, 2005).

Na perspectiva dos profissionais de nível médio e ACS, um aspecto ressaltado da escuta do enfermeiro é o de facilitar uma consulta médica. Eles julgam que, pelo fato de entenderem a linguagem científica da medicina, e por causa da função de gerente da unidade, o enfermeiro tem acesso facilitado ao médico, podendo solicitar favores (sem constrangimentos), como vê-se a seguir:

(...) ela ajuda bastante porque (...) conversa com o médico, ela já sabe a língua deles (Maria).

(...) ela ajuda muito a gente (...). Eu não tinha tirado ficha para o médico, aí conversei com ela, que foi lá na sala dele e conseguiu a receita (...) (Lídia).

(...) o acesso dela com o médico é bem mais fácil (Rute).

Esse acesso facilitado ao médico chegava, às vezes, a ser desrespeitoso com a comunidade, conforme registrado em diário de campo:

[Hoje vi a enfermeira entrar na sala do médico para solicitar que ele avaliasse um paciente para ela. Há alguns dias, a vi orientar um profissional do SAME para pedir ao médico que avaliasse outra pessoa. Porém, isso se dá de uma forma que os pacientes que estão aguardando a consulta médica não são informados que alguém “entrou na frente deles”, apenas ouvem que “a enfermeira mandou”. Sem maiores explicações, a população não parece se inquietar ou questionar].

Percebeu-se que foram poucos os momentos que a equipe fez referência ao enfermeiro como um profissional reconhecido para cuidar de casos em que o sofrimento psíquico é a demanda principal, habilitado para escutar o paciente e atuar como instrumento de uma relação terapêutica. Apesar disso, a enfermeira da equipe demonstrou achar relevante a escuta e entende que ao conversar, nas consultas de enfermagem, de outros aspectos da vida do paciente, além do biológico, estará intervindo na saúde mental daquele paciente:

No dia-a-dia, quando a gente faz a consulta normal, a gente conversa com o paciente (...). Geralmente eles citam muito, “estou tendo um problema em casa e aí a minha pressão aumenta” (...). A gente conversa, conversa, faço orientação, “procure se acalmar”... Acredito que seja uma ação de saúde mental (Lia).

Em trabalho realizado por Amarante (2011), os enfermeiros, a princípio, não identificam como responsabilidade profissional a atenção à saúde mental. Eles enfatizam suas responsabilidades vinculando-as às doenças, fazendo menção ao aspecto biológico e/ou procedimentos com o corpo.

Apesar disso, o autor percebeu que tais profissionais, supostamente não familiarizados com o atendimento às pessoas com sofrimento psíquico na ESF, foram capazes de apontar várias estratégias de atenção à saúde mental, e mesmo que de forma não intencional, escutam, acolhem e demonstram se responsabilizar pelo cuidado às pessoas com sofrimento psíquico do território.

No caso da equipe estudada, possivelmente o fato de desempenhar duas funções, a gerencial e a assistencial, contribua para que o enfermeiro se empenhe naquela em que ele é mais cobrado, no caso, na realização de atividades burocráticas. Como posto por Camuri e Dimenstein (2010), essa situação favorece destinar menos tempo a atividades como escuta, ações comunitárias e atividades grupais.

Ao exercer a escuta e estimular o paciente a falar, se colocando como alguém interessado por sua história, o profissional necessariamente precisará investir mais tempo naquela consulta. Frente a isso, os participantes colocaram que alguns pacientes apresentam resistência a esses profissionais, pois a consulta se torna “mais demorada”, mas que percebem com clareza que os usuários preferem os profissionais que favorecem um atendimento com mais escuta.

O pessoal acha ele (o profissional) lento quando está lá fora, mas quando entra no consultório (...) esquecem de quem está esperando... os pacientes gostam dos que conversam (...) (Débora).

Os autores Coelho e Jorge (2009) colocaram que o fato da população estar à parte do processo de construção da saúde colabora para que ideias errôneas sejam difundidas, dentre elas que atender bem é rapidez no atendimento.

Para os participantes da atual pesquisa, há uma clareza que ao utilizar apenas a medicação como medida terapêutica certamente trará um resultado mais limitado, principalmente se a situação que estiver gerando o sofrimento psíquico for de ordem emocional e/ou social, e menos biológica. Além disso, fazem referência aos profissionais que conversavam mais, como “os melhores” que trabalharam na equipe:

(...) os melhores são os que conversam (Sara).

(...) o remédio sozinho não vai resolver não... (Débora).

(...) tem que ouvir a história do paciente... (Lídia).

Tal fato corrobora com que os autores Machado, Haddad e Zoboli (2010) apontam por entender que a prática clínica centrada na doença cada vez mais se mostra limitada, sendo um engano achar que basta a definição do diagnóstico e estabelecimento de tratamento para a satisfação do usuário.

Foi possível observar que nos corredores e nas áreas comuns da unidade de saúde, há uma escuta informal. Em um primeiro momento, tal forma de escuta não foi identificada pela equipe, mas após discussão no grupo focal, foi entendida como um potencial a ser fortalecido em virtude do favorecimento de vínculo que a mesma pode representar do paciente com a unidade, como exemplificado na situação a seguir:

Eu não sou médico, nem sou enfermeiro, mas eu não sei por que (...) chega um paciente, e diz assim “Pedro, eu quero falar contigo em particular”. Quando eu vejo que dá, digo “isso aí é um problema... Mas vamos fazer o seguinte, eu vou falar com o médico, o que você conversou comigo, depois você conversa com ele. Eu tenho certeza que ele vai resolver o seu problema” (...). O paciente, às vezes, passa bem uns 40 minutos comigo e sai satisfeito (...). Não vem mais nem para o médico (...). Depois de contar a história todinha (...), ele diz assim, “olha Pedro, mas é só entre a gente...” (...)E eu não ando falando (...). Eu vejo que é a vida particular da pessoa (...). Ele vem só para falar de problema... (Pedro).

Apesar de reconhecer que é importante uma formação teórica que embase a atuação do profissional para a realização de uma escuta qualificada, a fala citada anteriormente caracteriza que, ainda assim, é mais importante demonstrar disponibilidade e abertura para ouvir o outro em sua necessidade.

Esse aspecto vai ao encontro do que foi comentado em categorias anteriores, pois os ACS, apesar do pouco nível de conhecimento técnico-científico, constituem profissionais com papéis relevantes na ESF, com potencial para ser ainda mais desenvolvido.

Dentre eles, pode-se lembrar a identificação da demanda em saúde mental, de quem precisa de intervenção em saúde mental, a orientação para buscar a unidade de saúde e/ou o acompanhamento até à mesma e a atuação como mediadores entre as famílias da comunidade e a equipe, sendo, muitas vezes, “tradutores” entre os universos de saberes do senso comum e o científico.

No que se refere à escuta, foi possível perceber que eles são, em algumas ocasiões, instrumentos terapêuticos mediante sua presença no domicílio, com a responsabilização e busca por soluções juntamente com o paciente, como pode ser visto abaixo:

(...) Ela chorava, ela ficava nervosa (...), eu comecei a conversar com ela, a explicar (...). Eu, sozinha, consegui tranquilizar ela (...), dentro da casa dela, através do meu diálogo (...), da minha orientação, como agente de saúde (...), eu fui tranquilizando (...). A gente entende bem os problemas das pessoas (Lídia).

No entanto, não se pode assegurar que todos os ACS têm condições para lidar com esse tipo de situação. Após realizar visitas domiciliares com as ACS, foi registrado em diário de campo:

[Pude perceber que alguns ACS têm bem mais dificuldade em lidar com as queixas referentes à saúde mental (...). A visita que fui hoje era para ser só mais uma visita a uma idosa, mas chegando na casa, a cuidadora se queixou muito, pois não sabia como cuidar de alguém que só falava em morrer (...). A ACS pareceu um pouco perdida (...) e fez poucas perguntas (...). Ela conseguiu acalmar a cuidadora quando falou em marcar uma visita domiciliar com a equipe (...). Conversei um pouco com a ACS e ela me fez refletir como atualmente há uma demanda diferente de quando ela começou a trabalhar. Naquela ocasião, predominava a desnutrição infantil mas hoje, com o grande número de idosos, os desafios são outros. Fiquei me perguntando como eles se aprimoraram ao longo do tempo frente à necessidade de novas habilidades e como a escuta foi desenvolvida...].

Neste grupo de profissionais, foi frequente a referência ao ato de escutar como sendo algo exclusivo do psicólogo. Assim, ao escutarem se sentem “como psicólogos”, denotando que eles entendem a escuta como algo que não é deles ou que não estão legitimados a fazer, mas que ao se “apropriarem”, e isso ocorre com frequência, costumam ter bons resultados:

(...) Eu, sozinha, consegui tranquilizar ela. Quer dizer, eu me achei um pouco psicóloga (...). Não encaminhei (...) para canto nenhum. (Lídia).

(...) já aconteceu na minha área, eu me passar por uma psicóloga... Uma pessoa passou o problema dela todo para mim, e eu conversando com ela, acabei me pegando dando conselho (...), ensinando como ela ia fazer (...). Eu acho que serviu (Rute).

(...) eles confiam tanto (...), que a gente acaba passando por uma psicóloga. Eles conversam, se chegam, se abrem... (Sara).

No entanto, essa vinculação da escuta como algo específico do profissional de psicologia, é uma ideia errônea, apesar de difundida no senso comum. A escuta é um tipo de tecnologia em saúde, não devendo se restringir à determinada classe profissional ou tipo de atividade, devendo ser utilizada para a melhoria da assistência em saúde. Certamente, ainda há muito o que ser feito para ampliar a capacidade de escuta da equipe.

Na unidade de saúde pesquisada, de uma forma geral, os profissionais demonstraram compreender a importância da escuta, tentando incorporá-la nas atividades que a equipe desenvolve. Porém, parece ser uma atividade secundária, ainda em processo de valorização, tal qual a medicação e outros procedimentos já são legitimados e reconhecidos pela população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve o intuito de identificar e analisar as ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais de uma equipe de Estratégia Saúde da Família, a partir do contexto de um município de pequeno porte no interior do Ceará.

Diante dos achados na pesquisa, percebeu-se que a equipe de ESF apresentava potencialidades, mas também alguns limites importantes para incorporar a saúde mental em suas atividades cotidianas.

A análise das falas dos participantes nos grupos focais puderam revelar as concepções de saúde mental vigentes entre eles. Dessa forma, foi possível resgatar e discutir ideias muito arraigadas que contribuem para que o campo da saúde mental ainda seja visto a partir de uma perspectiva restrita, como por exemplo, ter um comportamento “normal”.

Apesar do termo em discussão ser “saúde mental”, os participantes demonstraram compreender o termo ainda centrado na presença de uma doença, no caso, o transtorno mental. De forma atrelada, o termo saúde mental foi entendido como tratamento de pessoas com transtornos mentais, o grupo formado por estas pessoas e ainda a forma de cuidar delas. Alguns participantes relacionaram a “perda” de saúde mental com a manifestação de doenças psicossomáticas, ou ainda como consequência de “problemas” espirituais.

Após problematizar esta temática junto à equipe, foi possível perceber que o grupo de participantes discutiu ideias acerca de saúde mental de forma mais ampliada, a partir de outra perspectiva, ou seja, que saúde e doença não se configuram estados excludentes, mas dinâmicos e influenciados por vários fatores da vida cotidiana, que transcendem o setor saúde.

Foram apontados como fatores que favorecem a saúde mental das pessoas, a vivência de uma religião, em virtude da prática de realizar orações, bem como o apoio dos religiosos, de familiares, amigos e uma situação econômica favorável.

Apesar da equipe reconhecer vários fatores que contribuem para melhorar a saúde mental, ainda não há muitas ações no cotidiano que evidenciam que o conceito foi incorporado pelo serviço de saúde, constituindo este um limite apontado pela pesquisa.

Faz-se necessário que o conceito ampliado de saúde mental tome proporções concretas mediante inserção nas atividades das equipes de ESF, por exemplo, de formas de identificação dos principais determinantes sociais relacionados a um maior sofrimento psíquico para, a partir disto, planejar atividades que possam promover a saúde mental.

Apesar das particularidades inerentes a cada comunidade, e ampliando os achados desta pesquisa para outras realidades, acredita-se ser de suma importância o desenvolvimento de projetos que estimulem as equipes de ESF a se articularem para incluir atividades grupais em suas atividades, além de utilizarem com maior frequência as opções de lazer, esporte e cultura que os municípios oferecem. Além disso, pensar ações que possam fortalecer o vínculo familiar, integrando a família ao cuidado, sendo esta uma das formas importantes de superação do modelo asilar.

O estudo permitiu também traçar o caminho que o usuário faz, desde quando está na comunidade e apresenta necessidade de intervenção em saúde mental, até sua chegada na unidade de saúde ou outros serviços especializados de saúde mental.

Identificar as ações em saúde mental realizadas pela equipe de ESF não foi uma tarefa fácil, pois, inicialmente, os profissionais pareciam não reconhecer, em suas próprias práticas, onde e como eles trabalhavam questões relativas à saúde mental. Isso nos leva a refletir como o movimento necessário de reflexão- ação- reflexão tem sido pouco estimulado entre os membros da equipe de ESF, o que poderá contribuir para perpetuar práticas muitas vezes distanciadas das reais necessidades da comunidade.

Apesar da dificuldade inicial, a equipe foi capaz de resgatar as várias particularidades do cotidiano que envolvem as pessoas identificadas com necessidades de intervenção em saúde mental, possibilitando, na atual pesquisa, apresentar e discutir algumas formas que a equipe utiliza para realizar essa identificação.

Neste aspecto, a discussão centrou-se na identificação mediante a manifestação de determinados comportamentos, baseando-se no diagnóstico médico de transtorno mental, na utilização de medicação psicotrópica ou ainda em decorrência da convivência e conhecimento prévio que se tem das pessoas da comunidade.

A identificação a partir da manifestação de comportamentos sugestivos de necessidade de intervenção mostra-se restrita em virtude do fato de vincular essa necessidade a comportamentos estereotipados, correndo-se o risco de rotular o diferente, negando a singularidade que cabe a cada ser humano.

O diagnóstico médico também pode ser visto como uma forma restrita de identificação, pois mesmo na ausência dele, não significa que a pessoa tenha saúde mental ou que não precise de uma intervenção por vivenciar algum tipo de sofrimento psíquico.

O conhecimento prévio, a partir de um vínculo e mediante escuta, aumentam muito as possibilidades de uma detecção mais próxima da realidade acerca da necessidade de um

usuário de intervenção em saúde mental. Reconhece-se que a equipe faz o que está ao seu alcance, mas acredita-se que pode ser melhorado o processo de identificação.

Estas diferentes formas podem ser uma potencialidade, pois o fato de “cada caso é um caso”, poderá revelar a individualidade de cada situação, mas também poderá ser um limite, em virtude da informalidade, falta de uma linguagem comum na equipe e da não utilização de diretrizes partilhadas entre os profissionais. O fato é que torna frágil o reconhecimento, momento essencial para que a pessoa tenha acesso a ações de saúde mental necessárias para si ou para sua família.

O grupo entendeu que todos os profissionais poderão contribuir para o reconhecimento das pessoas com necessidades de intervenção em saúde mental, mas os ACS foram os identificados como de grande importância na identificação e acolhimento inicial do sofrimento mental, em virtude de sua inserção privilegiada no contexto em que a comunidade está inserida.

Uma particularidade que foi discutida destes profissionais é o fato de abrigarem em si saberes do senso comum e o técnico-científico, o que favorece a atuarem como “tradutores”, às vezes, mediando a comunicação entre profissionais de saúde e usuários.

Porém, há dificuldades nessa relação do ACS com a comunidade, nos casos em que as famílias apresentam resistência para que eles exerçam seu papel, pela falta de confiança no trabalho deles ou da equipe de ESF, ou ainda pelo medo de ter sua privacidade invadida. O transtorno mental e as situações relacionadas a ele ainda são vistos com forte estigma, podendo dificultar a busca por ajuda bem como a realização do tratamento necessário.

A consulta médica demonstrou ter uma relevância crucial, tendo em vista que a maioria dos profissionais referiu recorrer a essa estratégia como uma forma de dar resolução à necessidade apresentada. A centralidade que este tipo de atendimento assume em todo o percurso do usuário, na busca por atender suas necessidades em saúde mental, revela o quanto o modelo biomédico rege as práticas dos profissionais da ESF. Além disso, nos aponta um limite considerando que a equipe parece não utilizar seu próprio potencial para atuar de outras formas.

Consequentemente, uma das ações de saúde mental mais evidenciada pelos participantes foi a prescrição de psicofármacos. Foi possível entender que a “receita azul” tem assumido papel primordial na atenção em saúde mental. O acesso, apesar de algumas dificuldades, é garantido pela gestão municipal, não tendo sido citado períodos de falta de medicação.

O fato de a medicação ser entregue, muitas vezes, em consultas breves ou até mesmo sem as mesmas, constitui também importante limite. Como a literatura corrobora com esse achado em outras realidades, faz-se necessário uma maior discussão nos serviços de atenção básica acerca dessa prática, que pouco se aproxima dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental.

Alguns profissionais demonstraram se inquietar com essa realidade, porém a equipe demonstrou dificuldade em mudar esta situação. Talvez fosse necessário uma consultoria mais específica para que a equipe pudesse resgatar seu potencial de atuação nesta área. Este seria um dos papéis que o NASF poderia desenvolver a partir do apoio matricial.

Infelizmente, à época da coleta de dados, as atividades de apoio educativo à equipe de ESF (dimensão técnico-pedagógica do NASF) não estavam sendo desenvolvidas, mas apenas os atendimentos individuais e/ou familiares (dimensão assistencial). Ainda assim, estas intervenções diretas aos usuários foram evidenciadas pela equipe como sendo relevantes, pois sentia-se amparada diante dos casos relacionados à saúde mental. A maioria dos participantes relatou ter buscado ou encaminhado pacientes para o serviço, além de demonstrarem, de uma forma geral, estarem satisfeitos com o mesmo.

Apesar da criação de espaços coletivos de discussões e planejamento junto à equipe de ESF fazer parte da proposta do NASF, no município estudado, foi possível perceber que a relação com a equipe de ESF estava baseada na lógica do encaminhamento, sem diálogo ou discussão conjunta dos casos, sendo o fato considerado um importante limite.

A utilização de outros serviços de saúde pela equipe de ESF possibilitou à pesquisa aproximar-se do conhecimento de como a rede dos serviços de saúde estava estruturada. A mesma, além do NASF, citado anteriormente, contava com CAPS e hospitais psiquiátricos, porém, a dificuldade de acesso (no caso dos dois últimos) e ausência de contrarreferências eram aspectos que dificultavam a utilização dos mesmos, tornando-a frágil.

O estudo aponta a escuta como uma ação de saúde mental com potencial para ser uma forma de cuidado eficaz para as pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. Além disso, observou-se que poderá ser mais utilizada entre os profissionais, apesar de ter sido evidenciado que a maior parte deles, mesmo diante das particularidades de cada função, já incorporava-a em suas atividades. Eles demonstraram ter condições para exercê-la, mesmo sem uma formação teórica mais específica.

A experiência de conduzir os grupos focais possibilitou percebê-los como uma ferramenta valiosa ao estudar equipes, por permitir aproximar-se não apenas das pessoas individualmente, mas a forma como interagem, revelando mais do que a soma das falas.

Foram também momentos para repensar as práticas do cotidiano, melhorar a comunicação e estimular um outro olhar sobre o trabalho desenvolvido pela equipe, principalmente no que tange à saúde mental.

Por fim, acredito que a pesquisa tenha possibilitado uma primeira aproximação com o universo da saúde mental na atenção básica no contexto de um município de pequeno porte.

Reconheço que outras pesquisas serão necessárias a fim de conduzir as equipes de ESF a incorporar a saúde mental em suas atividades cotidianas. Para tanto, sugiro algumas questões: como sistematizar a identificação de casos com necessidade de intervenção no campo da saúde mental? Como desenvolver a equipe para que ela possa descobrir novas estratégias de cuidado na Atenção Básica em Saúde? Como melhorar a relação com os outros serviços da rede, com o intuito de fortalecê-la?

Esta pesquisa me possibilitou admirar ainda mais os profissionais que se dedicam à Estratégia Saúde da Família, pois o trabalho na comunidade exige compromisso e criatividade, tendo em vista as inúmeras possibilidades de situações que vivenciam diariamente, pois a saúde mental é apenas um dos muitos desafios para que a saúde chegue a todos.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 136-142, 2011.

ARANHA e SILVA, A.L.; FONSECA, R. M. G. S. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 800-806, 2003.

ARCE, V. A. R.; SOUZA, M. F. Práticas de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão das potencialidades e dos limites para a construção de um cuidado integrado. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 31-37, 2010.

ARCE, V. A. R.; SOUZA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 2, p. 541-560, 2011

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-80.

AZEVEDO, L. F. M. **Nervos: rede de discursos e práticas de cuidado na atenção básica no município de Natal/RN**. 2010. 234 f. Tese (Doutorado) – Programa Integrado de Pós-Graduação em Psicologia Social, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Universidade Federal da Paraíba, Natal, 2010.

AZEVEDO, C. N.; MEDEIROS, J. C. Uso de antidepressivos e ansiolíticos em uma população atendida pela equipe do Programa Saúde da Família. **Interseção**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 16-28, 2008.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007.

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 52-63, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARONI, D. P. M.; FONTANA, L. M. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 12, p. 15-37, 2009.

BARROS, M. M. M. A.; CHAGAS, M. I. O; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a. p. 51-86.

_____. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p. 25-50.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41- 71

BITTENCOURT, L. P. et al. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185- 190, 2010.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. Saúde ou doença mental: a questão da normalidade. In: BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologia: uma introdução ao estudo da psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2005. p. 267-268.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**: Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica- o vínculo e o diálogo necessários**. Circular Conjunta n. 01/03, de 13 nov. 2003. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2007. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. Ministério da saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009a (Série Pactos pela Saúde, v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: 2009b (Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**: Brasília, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Números da Saúde da Família. Histórico da cobertura do Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 2 mar. 2011a.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 21 out. 2011b

_____. Sistema Único da Saúde. Portal da Saúde. **Descrição das competências profissionais do ACS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23095>. Acesso em: 24 out. 2011c.

BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

BUCCINI, G. S.; MARTINS, M. C. F. N.; SANCHES, M. T. C. O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 48, p. 51-54, 2009.

BUNCHRAFT, A. F.; GONDIM, S. M. G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. **Revista Estudos de Psicologia, PUC**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 63-77, 2004.

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABRAL, B. et al. Estação comunidade. In: LANCETTI, A. (Coord.). **Saúde e loucura número 7: saúde mental e saúde da família**. 2. ed. aum. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 137-153.

CAÇAPAVA, J. R.; COLVERO, L. A. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 573-580, 2008.

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 179- 188, 2008.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, 2010.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 121- 129, 2004.

CAVALCANTE, A. C.; SILVA, R. M. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2211-2220, 2011.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 102-108, 2011.

CAVALCANTI, M. T. et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 23-28, 2009. Suplemento 1.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, 2009. Suplemento 1.

COIMBRA, V. C. C. et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1150-1156, 2011.

CONSOLI, G. L. et al. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 117-128, 2009.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141- 168.

CRUZ, A. V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 27, n. 3, p. 259-267, 2006.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

- DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1483-1492, 2009. Suplemento 1.
- DELGADO, P. G. D. et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.
- DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud**: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Biblioteca de la Salud, 1988.
- FEBRONIO, E. M. **Políticas de saúde mental no município de Ribeirão Preto-SP**. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, p. 1- 23, 2003.
- FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.
- FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.
- FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos**: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004.
- FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF**: contradições e novos desafios. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 24 out. 2011.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 109-122, 2005.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 112-131, 2009.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, 2008a.

_____. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, 2008b.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Papel da mulher de camadas populares de manaus na produção de cuidados da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 707-720, 2009.

HARADA, O. L.; SOARES, M. H. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 6, n. 2, p. 315-336, 2010.

HORTA, N. C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 524-529, 2009.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

IMPAGLIASSO, S. P. **O sofrimento psíquico para além da loucura: construindo uma nova agenda na formulação das políticas de saúde mental.** 2005. 212 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados_do_censo2010.php>. Acesso em: 1 abr. 2011.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETOS, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, p. 5-7, 2007. Suplemento 1.

LEAL, B. M. M. L. **Movimentos do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família.** 2010. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LEI DO CARMA. In: PORTAL DO ESPÍRITO. **Vocabulário espírita.** Disponível em: <<http://www.espirito.org.br/portal/doutrina/vocabulario/letra-l.html>>. Acesso em: 24 out. 2011.

LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1515-1524, 2004.

LUCCHESI, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto.** 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MACHADO, E. P.; HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 447-452, 2010.

MADRUGA, C. M. D.; SOUZA, E. S. M. **Manual de orientações básicas para prescrição médica**. João Pessoa: Idéia, 2009.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32, 2004.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1521-1531, 2010. Suplemento 1.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 87-93, 2007. Suplemento 2.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; PIVA, M. M. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **SMAD Revista eletrônica de saúde mental, álcool e drogas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2005.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

- MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 900-907, 2010.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MOREIRA, V.; MELO, A. K. Minha doença é invisível!: revisitando o estigma de ser doente mental. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 307-314, 2008.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.
- MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-166, 2009.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. O. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.
- NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008.
- CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto: ABEP, 2002, Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf> Acesso em: 10 jan. 2011.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.
- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.
- OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 820-829, 2009.

OLIVEIRA, A. B.; ROAZZI, A. A representação social da “Doença dos Nervos” entre os gêneros. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 91-102, 2007.

OLIVEIRA, F. B. et al. (Re) construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 109-115, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2002.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 13, p. 896-902, 2005. Número especial.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. A inserção do psicólogo na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 88-92, 2009.

PEREIRA, W. A. B. Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade. In: LANCETTI, A. (Coord.). **Saúde e loucura número 7: saúde mental e saúde da família**. 2. ed. aum. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 95-102.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PÔRTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 43-49, 2007. Suplemento 1.

PRESOTTO, R. F. **Saúde mental na atenção básica? Uma proposta em construção?** 2007. 17 f. Trabalho de conclusão (Curso de aprimoramento profissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

RABASQUINHO, C.; PEREIRA, H. Gênero e saúde mental: uma abordagem epidemiológica. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. 25, p. 439-454, 2007.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica: saúde mental, prevenção e intervenção**. São Paulo: EPU, 1996.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. L. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 305-310, 2005.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 300-308, 1994.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centro de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Coord.). **Saúde e loucura número 7: saúde mental e saúde da família**. 2. ed. aum. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 199-220.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

SILVA, A. T. M. C et al. A Saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 58, n. 4, p. 411-415, 2005.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1457-1465, 2011. Suplemento 1.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 03-05, 2006.

- SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.
- SOUZA, A. J. F. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007.
- SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 26, n. 54, p. 207-215, 2008.
- SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A.; KANTORSKI, L. P. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 92-97, 2003.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.
- SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-29, 2002.
- TÓFOLI, L. F.; ANDRADE, L. H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, p. 59-69, 2011. Suplemento 1.
- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.
- TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 11, n. 5, p. 365-373, 2002.
- TRAVERSO, M. Y.; MEDEIROS, L. F. Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 87-108, 2004.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care:** Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. Geneva. 1978. (Health-for-All Series, n. 1).

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Saúde mental e Estratégia Saúde da Família: possibilidades e limites no cotidiano de uma equipe.

Nome da Pesquisadora: Tatiana Maria Coelho Veloso

Nome da Orientadora: Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as facilidades e dificuldades no trabalho de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) na realização de ações de saúde mental. Para tal, convidamos você a colaborar com a pesquisa de duas formas: consentindo com a observação das atividades da equipe, a qual você faz parte, e participando de reuniões grupais, denominadas de grupos focais.

Serão, aproximadamente, quatro grupos focais, e cada encontro terá duração aproximada de uma hora e meia. Eles acontecerão na própria unidade de saúde em que você trabalha, em data acordada a partir da disponibilidade da equipe. As observações serão registradas em diário de campo e os grupos focais serão audiogravados e, se assim for permitido, farão parte dos dados da pesquisa, podendo ser utilizados na etapa de análise desta.

Sua colaboração será muito importante para a realização desse estudo e poderá trazer benefícios para seu trabalho a partir da reflexão da temática proposta. A participação é voluntária, sendo garantida confidencialidade e anonimato. Se, durante a participação nos grupos focais, houver desconforto em relação a alguma pergunta realizada pela pesquisadora ou por qualquer pessoa do grupo, poderá não responder ou se preferir, ausentar-se da sala, sendo respeitada sua escolha. Além disso, em qualquer momento da pesquisa, poderá retirar este consentimento, caso julgue necessário, sem quaisquer consequências que prejudique suas atividades.

Sempre que desejar, será informado sobre os resultados parciais da pesquisa, e poderá pedir mais informações por meio do telefone da pesquisadora do projeto ou do Comitê de Ética em Pesquisa. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento lhe será fornecida. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo (EERP-USP), protocolo nº 1221/2010. De acordo.

Guaiúba, __ de _____ de 2011.

CONTATOS

Pesq.: Tatiana M. C. Veloso: (85) 8547.0294; (85) 3261.8373; (16) 9702.8947;

Orient.: Maria Conceição B. de Mello e Souza: (16) 3602.3415

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP EERP-USP): (16) 3602.3386- End.: Av. Bandeirantes 3900 – Campus Universitário – Ribeirão Preto- SP

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS

QUESTÕES NORTEADORAS

1. O trabalho da equipe ESF

- Como a equipe define seu trabalho (para que? para quem? como? atores envolvidos?)
- Há diálogo sobre as práticas desenvolvidas? Há reflexão ou tentativas de mudanças dessas práticas?
- Como percebem o “estar em equipe”?

2. O trabalho na ESF e a saúde mental

- O que se entende por saúde mental?
- Há práticas na já existem na ESF que caminham próximas a esse conceito de saúde mental? Quais?
- Há possibilidades para pensar uma aproximação entre ESF e SM em outras práticas, mesmo não realizadas pela equipe? Quais dificuldades surgem ao pensar nessa aproximação?

3. As redes em saúde

- O que compreende por rede em saúde? O que se conhece do território?
- Como a equipe se percebe na utilização dos serviços que a comunidade dispõe?
- Há algum tipo de articulação? Em que casos? Como isso se dá (meios para se comunicar)?
- De que forma pode se articular a saúde mental, ESF e as redes?

4. Afinal de contas, ESF e a saúde mental conseguem caminhar juntas no dia-a-dia?

- Em todos os momentos, considerar as particularidades que permeiam um município de pequeno porte.

APÊNDICE C- ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

1. Infra- estrutura
2. Horário do atendimento
3. Organização dos pacientes para o atendimento
4. Conhecimento dos pacientes acerca dos serviços disponíveis na unidade
5. A UBS é a porta de entrada?
6. Há encaminhamento para outros serviços? Se sim, como é feito?
7. Há utilização de prontuários? Quem organiza?
8. Há marcação de consultas ou exames na unidade?
9. Quanto tempo paciente permanece na unidade (aguardando atendimento e no consultório)?
10. Há atendimentos diferenciados? Quais?
11. Como se dá o fluxo da maioria dos pacientes na UBS?
12. Os pacientes parecem sair satisfeitos da unidade?
13. Postura dos profissionais com os pacientes.
14. Há reuniões em equipe? Se sim, quem organiza? Há planejamento de atividades da equipe?
15. Há realização de atividades educativas em escolas ou na própria unidade? Quem organiza?
16. Como se dá a comunicação com os outros serviços de saúde, sec. de saúde, conselhos e outras secretarias? Tem telefone na unidade?
17. Como se dão as normas ou regras de funcionamento da unidade? Quem elabora e implanta? Há diálogo nesse processo?
18. Quando há problemas entre funcionários, quem media esses conflitos? Como é feito o acompanhamento da frequência?
19. Que formas a equipe utiliza para conhecer melhor a comunidade e as famílias?
20. Em relação aos pacientes com transtornos mentais, há algum tipo de prioridade ou mudança na forma de atendimento? Há alguma atividade específica com esses pacientes? Há algum controle na unidade acerca da prescrição de receitas de psicotrópicos?

ANEXO

FOLHA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0277/2010

Ribeirão Preto, 09 de dezembro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 02 de dezembro de 2010.

Protocolo: nº 1221/2010

Projeto: SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POSSIBILIDADES E LIMITES NO COTIDIANO DE UMA EQUIPE.

Pesquisadores: Maria Conceição Bernardes Mello e Souza
Tatiana Maria Coelho Veloso

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Maria Conceição Bernardes Mello e Souza
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP