DANIELA CRISTINA PROFITTI DE PAIVA

A EXPERIÊNCIA DO CUIDADO AO USUÁRIO EM SOFRIMENTO
PSÍQUICO NO COTIDIANO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Mestrado Profissional:
“Enfermagem na Atenção Primária em
Saúde no Sistema Único de Saúde” da
Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências

Área de Concentração: Cuidado em Atenção
Primária em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Luiza de
Fátima Pinho Lins Gryscek

SÃO PAULO
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:_____ Data:___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Paiva, Daniela Cristina Profitti de

A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da equipe de saúde da família / Daniela Cristina Profitti de Paiva. São Paulo, 2015.

99 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde da família. 3. Estresse psicológico. 4. Saúde mental. 5. Equipe de assistência ao paciente

Nome: Daniela Cristina Profitti de Paiva

Título: A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da Equipe de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Mestrado Profissional: “Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A Deus Misericordioso, que me sustentou pelo longo caminho
percorrido até aqui, e por toda a vida.*

*À minha mãe querida, exemplo de dedicação ao próximo, a quem
dedico todas as minhas vitórias.*

*Aos meus avós amados (in memoriam) pelo exemplo de amor, pelos
valores, carinho, apoio ao meu desejo de estudar, pela infância feliz.*

Ao meu marido, pelo apoio, compreensão, amor e cuidado de nosso lar.

*Aos meus filhos amados, manifestação de Deus em nosso lar, razão
para buscar melhora contínua, a quem privei de minha presença nesse
tempo, a quem devo passeios, brincadeiras e convivência. Estou
ansiosa por quitar essa dívida!*

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Anna Luíza de Fátima Pinho Lins Gryschek pelo otimismo, tranquilidade e disponibilidade em todo o longo e sofrido caminho percorrido até aqui.

Às Prof^a. Dr^a. Célia Maria Sivalli, Prof^a. Dr^a. Ana Cristina de Sá e Dra. Paula Hayasi Pinho pelas contribuições valiosas em meu exame de qualificação.

À Prof^a. Dr^a. Sayuri Tanaka Maeda pela valiosa contribuição no início desta trajetória.

À querida amiga Mariana Lobato que me apoiou em todos os momentos, cuja disponibilidade e generosidade tornaram minha trajetória menos sofrida.

*“Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina.”
(Cora Coralina)*

*À Profª. Tereza da Silva Batista pela prontidão na assessoria e
correção do texto em língua portuguesa.*

À Máiram Kabakian e Patrícia Cruccello pelo auxílio providencial.

*A todas as colegas da primeira turma do MP, com as quais as emoções
dessa experiência foram compartilhadas.*

*À gerente da UBS VI Dalva e a todos os profissionais que me
apoiam nesta trajetória.*

*À Equipe Vermelha pela compreensão e apoio, especialmente minhas
ACS atuais: Juliana, Daniela, Sandra, Meire; e antigas: Emília,
Edelvira e Socorro, pela convivência e aprendizado diários.*

*Às Equipes de Saúde da Família da UBS VI Dalva que aceitaram o
desafio de participarem desse projeto e com generosidade
compartilharam suas experiências, tornando possível esse trabalho.*

*Às amigas Cidinha, Larissa e Angélica, que me apoiaram no cuidado
dos meus meninos quando precisei me dedicar exclusivamente a esse
trabalho.*

*Especialmente à minha querida família Profitti: mãe, irmãos, tios e
primas que me apoiaram, ouviram minhas angústias, estiveram
disponíveis para me ajudar em todos os momentos, cuidaram de meus
meninos quando entediados solicitavam minha presença e eu estava
envolvida nesse projeto.*

*E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas*

*E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar
(Caminhos do Coração – Gonzaguinha)*

“Não se trata de não mudar nada, mas ao contrário, de aceitar tudo o que não depende de nós, e é preciso, para mudar tudo o que depende de nós. Como transformar o real sem aceitar primeiro enxergá-lo tal como é, conhecê-lo, compreendê-lo? As pessoas que fazem que as coisas mudem não são as que esperam, mas as que lutam.”

(André Comte-Sponville, 2005)

Paiva DCP. A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da Equipe de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: O sofrimento mental é resultado da interação entre o impacto emocional de determinado fato na vida da pessoa, sua condição social, temperamento, história de vida e rede de apoio, dessa forma, o sofrimento psíquico não é exclusivo aos indivíduos com diagnóstico de transtorno mental, mas presente na vida de todos. A reforma psiquiátrica, contemporânea à reforma sanitária, levou à desinstitucionalização dos pacientes com diagnóstico de transtorno mental, bem como à criação de uma rede de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico, com o objetivo de promover a cidadania do indivíduo por meio de sua inclusão social, além de buscar a habilitação da sociedade para conviver com o diferente. O Ministério da Saúde orienta a inserção da Saúde Mental (SM) na Atenção Básica (AB), bem como a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde e fortalecimento do SUS. **Objetivos:** Conhecer a experiência da equipe de saúde da família no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da prática assistencial. **Metodologia:** Trata-se de estudo exploratório, descritivo. Os dados foram obtidos com a aplicação de um questionário de identificação e de grupo focal a quatro equipes de saúde da família. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A equipe de saúde da família identifica o atendimento ao usuário em sofrimento psíquico em seu cotidiano de trabalho. Reconhece o sofrimento como evento multideterminado. Utiliza como estratégias de cuidado ao usuário o vínculo, o acolhimento, a longitudinalidade, o acesso, a escuta qualificada, o trabalho em equipe, a ação reflexiva; para o cuidado da equipe utilizam o compartilhar de casos e angústias, o trabalho em equipe e momentos de descontração em equipe; para o auto cuidado são utilizadas estratégias de cuidado físico, espiritual, planejamento das atividades profissionais e tentativa de distanciamento do sofrimento. A equipe de saúde percebe-se em sofrimento diante da exposição à violência e da sensação de impotência, com repercussões em sua saúde mental, física e nas relações familiares. **Conclusão:** A organização do trabalho na ESF favorece a ampliação da percepção das necessidades de saúde da população, porém os profissionais deparam-se no cotidiano de trabalho com a miséria, a violência, com o suporte organizacional e o trabalho em rede insuficientes, tornando-se vítimas de sua formação biologicista e onipotente, insuficiente ao se tratar da complexidade da SM e da própria vida com todas as esferas que a compõem. O sofrimento do profissional, exposto no presente trabalho, evidencia a necessidade da garantia institucional de um espaço em que o trabalhador possa discutir a organização do trabalho, expor suas dúvidas, angústias e dificuldades pessoais. A proposição desta pesquisa é a implementação de espaço de supervisão aos profissionais da ESF, tendo os profissionais de SM da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como mediadores e apoiadores nesse processo.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Estresse Psicológico. Saúde Mental. Trabalho em Equipe.

Paiva DCP. The Family Health Team's daily experience of caring of patients under psychological distress [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Mental suffering is the result of the interaction between the emotional impact of particular events in a person's life, their social status, temperament, life history and support network, thus, psychological suffering is not exclusive to individuals diagnosed with mental disorders, but is present in everyone's life. The psychiatric reform, contemporary to the Brazilian health reform, led to the deinstitutionalization of patients with mental disorder, and the creation of a substitute network of psychiatric attention, in order to promote the citizenship of these individuals through their social inclusion, as well as the empowerment of society to live with the differences. The Brazilian Ministry of Health indicates the insertion of Mental Health care in Primary Care and the Family Health Strategy (FHS) as the reorganization strategy of the national health care system and strengthening of the Sistema Único de Saúde. **Objective:** to know the experience of the Family Health Team in caring of patients in psychological distress in their daily practice. **Methodology:** descriptive exploratory study. Data was collected with the application of a questionnaire for professional identification and through the realization of focus groups with four family health teams. The data was analyzed using Bardin Content Analysis. **Results:** The Family Health Team identifies the assistance to patients in psychological distress in their daily work. Recognizes the suffering as a multidetermined event. The health team uses as mental care strategies directed to patients the longitudinality, the user embracement, the bonding, the access to qualified hearing, teamwork and reflective action; for self care as a group the team uses the following strategies: sharing cases and anguishes, teamwork and moments of relaxation; for self care professionals use physical and spiritual care strategies, planning of professional activities and attempt to keep distance from the suffering of patients. The health team perceives itself in suffering in the face of exposure to violence and the sense of helplessness, with repercussions on their mental, physical and family relations. **Conclusion:** The organization of the work in the FHS favors the expansion of the perception on the population's health, but professionals are confronted in the daily work with misery, violence, with insufficient network and lack of organizational support, becoming victims of their biologist and omnipotent training, so insufficient when dealing with the complexity of Mental Health and life itself with all the different aspects that composes it. The professional suffering exposed in this study, highlights the need for institutional guarantee of a particular space where employee can discuss the organization of work, exposing doubts, anxieties and personal difficulties. The proposition of this research is to implement mental health supervision moments for the FHS professionals with the Mental Health professionals of the NASF team as mediators and supporters in this process.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Mental Suffering. Mental Health. Team Work.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AE – Auxiliar de Enfermagem
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
EE – Escola de Enfermagem
ESF – Estratégia Saúde da Família
FNS – Fundação Nacional de Saúde
IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMSP – Prefeitura do Município de São Paulo
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
PSM – Programa de Saúde Mental
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RAPS – Redes de Atenção Psicossocial
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SM – Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM – Transtorno Mental
UBS – Unidade Básica de Saúde
USP – Universidade de São Paulo
VD – Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 A REFORMA SANITÁRIA.....	14
1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	15
1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	18
1.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
1.5 A SAÚDE MENTAL NA APS.....	23
1.6 O SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	28
1.7 DELINEAMENTO DO PROBLEMA.....	29
2. OBJETIVOS.....	31
2.1 OBJETIVO GERAL.....	32
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3. METODOLOGIA.....	33
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	34
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	35
3.3 COLETA DE DADOS.....	36
3.4 GRUPO FOCAL.....	36
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	37
4. RESULTADOS.....	39
5. DISCUSSÃO.....	65
6. CONCLUSÃO.....	77
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
8. ANEXOS.....	91
ANEXO 1.....	92
ANEXO 2.....	93
ANEXO 3.....	94
ANEXO 4.....	95
ANEXO 5.....	97

APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira de equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF). Considero que tal vivência gera inquietações constantes ao profissional devido ao vínculo estabelecido e à impotência diante de diversas condições presenciadas.

Um aspecto de tais inquietações por mim vivenciadas refere-se ao atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. Tal condição é encontrada com frequência no nosso dia a dia de trabalho, às vezes relacionada a transtornos mentais (TM), mas muitas vezes relacionada à fase da vida e/ou às condições de vida das pessoas. Porém questões de saúde mental (SM) não fazem parte das ações programáticas do Ministério da Saúde (MS), não estão contempladas nas fichas B e D do Agente Comunitário de Saúde (ACS), não são consideradas “prioridade” da ESF, que tem como prioridades o atendimento à gestante, criança menor de dois anos, hipertenso, diabético, tuberculoso e hanseniano. Além disso, nem sempre todos os membros da equipe de saúde da família tem formação para cuidar de pessoas em sofrimento psíquico.

As pessoas em sofrimento psíquico chegam à unidade com sintomas inespecíficos, ou na forma do ‘paciente difícil’, ‘barraqueiro’, ‘cheio de demandas’, hiperutilizador. Seu atendimento demanda tempo, envolvimento, interação com o outro, disponibilidade dos envolvidos, e muitas vezes deixa a sensação de impotência, pois para seu atendimento integral se faz necessário o trabalho interdisciplinar e uma rede intersetorial de assistência.

Esse cuidado, para ser adequado, deve contar com a disponibilidade dos profissionais, reuniões entre a equipe de saúde e os equipamentos sociais e de saúde que participam do cuidado integral e intersetorial, além da própria família e comunidade, porém isso demanda tempo, e pode prejudicar o cumprimento das metas exigidas pelos gestores à equipe de saúde, que muitas vezes não coincidem com as prioridades do território de atuação da equipe de saúde.

A complexidade envolvida no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, associada ao cotidiano do trabalho da equipe de saúde, gerou o interesse em desenvolver o presente trabalho.

O grito (Edvard Munch) 1893

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 A REFORMA SANITÁRIA

Durante o período colonial brasileiro até meados do século XIX, os problemas de saúde e higiene eram de responsabilidade das localidades e a assistência às pessoas se dava por meio de pagamento, filantropia ou Santas Casas aos pobres, além da assistência prestada por curiosos e curandeiros (Costa, 1985). No início do século XX as epidemias causadas por doenças infecto-contagiosas levaram à necessidade da criação de um sistema de saúde (Almeida, Zioni, Chioro, 1997). O desenvolvimento urbano levou à organização da assistência à saúde com a instalação de postos e centros de saúde. A partir de então esse foi o local de prática da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, por meio de trabalho tecnoburocrático, com o objetivo de agir frente ao quadro de morbimortalidade da época: tuberculose, doenças infectocontagiosas e área materno-infantil (Campos, 2006).

Durante a década de 1930 houve a criação de sanatórios, que associados aos manicômios já existentes caracterizaram a inclusão do modelo hospitalar de assistência ao transtorno mental (TM). Durante as décadas de 40 e 50 foram criados a maioria dos hospitais públicos brasileiros, incorporando-se tecnologia em uma visão hospitalocêntrica de saúde, com altos custos (Almeida, Zioni, Chioro, 1997). Neste período os centros de saúde atuaram como simples dispensadores de carteiras de saúde para escolares e trabalhadores (Campos, 2006).

A década de 70 foi caracterizada por um sistema de saúde em que o Estado era o grande financiador, através da Previdência Social, e o setor privado prestava serviços e produzia equipamentos e medicamentos. Também na década de 1970 ocorreu grave crise financeira no país, que associada à exclusão de importante parcela da população da assistência à saúde, e do fortalecimento de grupos contrários à organização do sistema de saúde vigente até então, promoveu o surgimento dos alicerces político ideológicos para a Reforma Sanitária (Almeida, Zioni, Chioro, 1997).

O processo de redemocratização pelo qual o Brasil passou na década de 1980, associado ao objetivo de saúde para todos declarado na Conferência de Alma-Ata, marcou a retomada de ações voltadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e início de ações sob responsabilidade dos municípios, consolidando-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Campos, 2006; Gil, 2006).

Ainda assim, a atenção à saúde era baseada em programas e ações centradas em especialidades médicas, replicando a lógica hospitalar, longe da premissa de criação de vínculos e territorialização (Campos, 2006).

O SUS, resultado deste movimento, tem como objetivos a promoção, proteção e recuperação da saúde e para alcançar tais objetivos propõe-se a ser resolutivo e baseia-se nos seguintes princípios e diretrizes: universalidade, integralidade da assistência; preservação da autonomia do indivíduo; equidade; participação comunitária; intersetorialidade; descentralização, com direção única em cada esfera do governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços; é prevista a complementaridade do setor privado (Brasil, 1988, 1990).

Mendes (2011) considera o SUS um experimento social de sucesso, porém com desafios a serem superados, como o subfinanciamento, a utilização dos recursos, a transição demográfica acelerada e os modelos de atenção à saúde existentes.

Contemporânea à Reforma Sanitária é a Reforma Psiquiátrica.

1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A instituição psiquiátrica no Brasil tendia à exclusão. No final da década de 1950 a situação nos hospitais psiquiátricos era grave com relação aos maus-tratos e violações aos direitos humanos. Nas décadas de 1960 e 1970 houve um movimento de “psiquiatrização” dos problemas sociais, com aumento de clínicas conveniadas com o setor público, gerando lucros (Lancetti, Amarante, 2007; Minas Gerais, 2006).

Em 1978 houve a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores participantes do movimento sanitário, associação de familiares, de trabalhadores da saúde mental, sindicalistas e pacientes, que passou a denunciar as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos, a mercantilização da loucura e os malefícios do modelo hospitalar de atenção aos TM. As ações do MTSM foram inspiradas no modelo italiano de reforma psiquiátrica, baseado na crítica ao modelo hospitalocêntrico. Desta forma, a reforma psiquiátrica no Brasil é contemporânea à reforma sanitária e trata-se de importante e complexo processo político e social (Brasil, 2005b; Minas Gerais, 2006).

Em 1987 foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado de São Paulo. Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) iniciou

intervenção em hospital psiquiátrico da cidade com a criação concomitante de rede de serviços substitutivos ao hospital, com repercussão nacional e fortalecimento da reforma psiquiátrica brasileira. Também em 1989 deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propunha a regulamentação dos direitos dos portadores de transtorno mental e do processo de extinção dos manicômios (Brasil, 2005).

Na década de 1990 o Brasil assinou compromisso com a Declaração de Caracas e entraram em vigor normas federais de regulamentação e implantação de serviços substitutivos ao hospital, porém sem regra de financiamento (Brasil, 2004, 2005).

Em 2001 foi sancionada a Lei Federal Paulo Delgado (10.216) que impôs novo impulso à reforma psiquiátrica, apesar das modificações no texto inicial e de não ter instituído regras claras para a progressiva extinção dos manicômios, porém a política nacional de SM passou a alinhar-se às diretrizes da reforma psiquiátrica, determinando linhas de financiamento aos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, além de mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos com planejamento, evitando a desassistência (Brasil 2005, 2013).

Em 2002 a Portaria 816 inaugurou um programa de implantação de rede assistencial voltada ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas incluindo neste âmbito a estratégia de redução de danos (Brasil 2004, 2005). Em 2003 a SM foi determinada prioridade na área social com o Programa de Volta para Casa (Brasil 2004). Também em 2003 foi criado o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (Brasil 2005, 2013).

Em 2006 foi lançada a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio e o MS passou a incentivar a produção de pesquisas na área de SM. Em 2010 ocorreu a instalação do Comitê Executivo do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em clima diferente das conferências anteriores, que tinham maior coesão política em torno do tema (Brasil, 2011). Em 2013 foi lançado o Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental (Brasil, 2013), demonstrando crescente olhar para questões de SM nos últimos anos.

O objetivo da reforma psiquiátrica, de possibilitar o exercício pleno de cidadania a todos através da inclusão social do indivíduo com transtorno mental e da habilitação da sociedade para conviver com o diferente, permeou o processo de mudança do sistema de atenção à SM, com períodos de avanços e retrocessos. Para alcançar tal objetivo é necessária a

construção de uma rede de cuidados comunitária, complexa, diversificada, dinâmica e intersetorial, constituindo uma nova clínica baseada no acolhimento, cotidiano, rede, território, autonomia (Brasil, 2001; Brasil, 2013; Minas Gerais, 2006). Segundo Chiaverini (2011, p.203) “trabalhar em rede é tecer possibilidades, aumentando as oportunidades de atuação dos indivíduos, dos profissionais e dos dispositivos de saúde numa crescente corrente de corresponsabilidade”.

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi instituída pela portaria 3088 de 2011, republicada em maio de 2013. A Raps tem como objetivos: criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares. Na mesma portaria são considerados objetivos específicos: prevenção e redução de danos causados pelo consumo de álcool e outras drogas, por meio de ações intersetoriais; promoção de formação permanente aos profissionais de saúde; entre outros. A rede é constituída pela Atenção Básica (AB), da qual faz parte a Unidade Básica de Saúde (UBS); atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial transitória; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial. Os pontos de atenção da Raps que constituem a AB são a UBS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Convivência. A UBS deve ser constituída por equipe multiprofissional e desenvolver ações de promoção à SM, prevenção e cuidado aos transtornos mentais, redução de danos e cuidados às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares, em integração com os outros pontos da rede de atenção, a fim de impactar na situação de saúde e autonomia de sua população, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2013b).

Atualmente, os desafios para consolidação da mudança do sistema de atenção à SM que se apresentam são: empobrecimento dos movimentos sociais; medicalização dos TM, sem a valorização das dimensões políticas e sociais; garantir o acesso e promoção de equidade; formação de recursos humanos e valorização do profissional; e fortalecimento da AB (Andrade, et al, 2012; Brasil, 2005; Minas Gerais, 2006).

O Programa de Saúde Mental (PSM) prevê o fortalecimento da AB, sendo essa a porta de entrada da rede de atenção à saúde.

1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1978 ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em Alma Ata e em seu documento final constam as seguintes afirmações: é de responsabilidade dos governos a saúde de seus povos e os cuidados primários de saúde são a chave para alcançar um nível adequado de saúde no espírito de justiça social. Conceitua:

“cuidados primários de saúde como cuidados essenciais, baseados em métodos, tecnologias e práticas bem fundamentadas e socialmente aceitáveis colocadas ao alcance de todos [...] representam primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde [...]” (Brasil, 2011, p.1).

Afirma que deve proporcionar serviços de proteção, cura e reabilitação para os principais problemas de saúde da comunidade; trata da importância da intersetorialidade, participação popular, integralidade, equidade e atendimento no nível local (Brasil, 2011). Ou seja, a Conferência de Alma Ata apontou elementos essenciais da APS e indicou a saúde como campo de direito humano (Mendes, 2012).

Segundo Starfield (2002), a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, é quem determina o trabalho dos demais níveis de atenção à saúde. É capaz de abordar os problemas de saúde mais frequentes e comuns e de integrar a atenção quando há mais de um problema de saúde ocorrendo. Atua sobre pessoas e o contexto em que estão, não sobre doenças. É responsável pelos pacientes em populações, portanto trata-se do nível que melhor está posicionado para interpretar os problemas em seu contexto histórico e social. Seus atributos são atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, todos interligados. Atenção ao primeiro contato refere-se ao acesso ao serviço de saúde a cada novo problema, ou novo episódio de problema existente, depende da busca desse serviço pelo usuário que precisa entendê-lo como acessível. A longitudinalidade pressupõe atenção regular ao longo do tempo, vinculação da população com o serviço de atenção à saúde, refletindo em cooperação mútua. A integralidade da atenção implica na oferta de todos os serviços necessários à atenção a saúde da população, mesmo aqueles que não são oferecidos na unidade de APS, abarcando condições de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A coordenação de saúde pressupõe a continuidade de informações e o reconhecimento de problemas dos usuários pela equipe de saúde.

Outros aspectos importantes da APS, denominados derivativos, são a centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade. A centralização na família prevê o reconhecimento do indivíduo em contexto familiar; a competência cultural refere-se

ao reconhecimento das características culturais da população; a orientação para a comunidade requer o conhecimento do contexto social em que os indivíduos estão inseridos. Para o alcance dos três aspectos é essencial alto grau de integralidade (Starfield, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera como aspectos da integralidade: atendimento à demanda espontânea; realização de ações programáticas; articulação de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; uso de tecnologias de cuidado e gestão; ampliação da autonomia dos usuários; trabalho em equipe interdisciplinar e em rede; coordenação do cuidado. Para alcançar a integralidade do cuidado, o mesmo deve ser centrado na pessoa, família e comunidade, por meio de trabalho de valorização dos diferentes saberes.

As funções da APS são resolubilidade, comunicação, e responsabilização, e para uma APS de qualidade é necessário que estejam presentes todos os seus atributos. A resolubilidade significa que a APS deve ter capacitação cognitiva e tecnológica para atender a 85% dos problemas de saúde de sua população; a comunicação refere-se a ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e a responsabilização refere-se à gestão de base populacional (Mendes, 2012). Trata-se, portanto, de campo de alta complexidade que deve atender a população por meio de clínica ampliada e com oferta de tecnologias de alta complexidade voltadas à mudança de estilo de vida (Mendes, 2011).

Starfield (2002) e Mendes (2012) citam estudos nacionais e internacionais que comprovam melhora dos indicadores de saúde quando o sistema de saúde é orientado pela APS, além de redução dos custos com hospitalizações e maior satisfação do usuário, pois promovem serviços mais efetivos, menos custosos e com garantia de continuidade.

Segundo Mendes (2012), a APS pode ser interpretada de três formas principais: APS como atenção primária seletiva – focalizada a regiões/populações pobres, com uso de poucos recursos; APS como nível primário do sistema de atenção à saúde – primeiro nível de atenção à saúde; e APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde – organização do sistema de saúde partindo da APS como direito fundamental, com a finalidade de atender às necessidades da população.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propõe a renovação da APS baseada nas mudanças epidemiológicas, incorporando novos conhecimentos, tornando-a mais efetiva e abandonando suas interpretações limitadas. Essa renovação leva à quarta interpretação da

APS, onde saúde e direitos humanos levam a políticas de desenvolvimento baseadas em compromissos legais e econômicos com o objetivo de equidade em saúde (Mendes, 2012; OPAS, 2007).

O Brasil assumiu a APS como forma de organização e fortalecimento do SUS, e a denominou Atenção Básica (AB), que tem como instrumento principal a ESF (Brasil, 2003; 2012). A AB é composta por um conjunto de ações que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, cujo objetivo é desenvolver atenção integral, de forma que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes de saúde das comunidades. Para tanto desenvolve suas ações no território, abordando questões individuais e coletivas, e tem por diretrizes e fundamentos: a) adstrição territorial, considerando a equidade de ação, baseada no conhecimento dos condicionantes e determinantes de saúde da coletividade que ali vivem; b) ser porta de entrada do sistema de saúde, de modo universal, responsabilizando-se pela resolução da maioria dos problemas de saúde e/ou pela redução de danos e sofrimentos decorrentes deles, bem como pelos encaminhamentos necessários; c) vínculo e coresponsabilização; d) integralidade do cuidado, inclusive junto à rede de atenção; e) estimular a participação do usuário com vistas ao desenvolvimento da autonomia, que corresponde ao protagonismo e responsabilidade pela produção de si e do mundo que vive (Brasil, 2010b, 2012).

Apesar disso, o SUS ainda está organizado para atender demandas clínicas agudas de forma fragmentada ou agudizações de problemas crônicos (Lavras, 2011; Mendes, 2011, 2012) não respondendo às necessidades do momento histórico, caracterizado por mudanças demográficas com aumento da expectativa de vida, da incidência das condições crônicas e sobrevivência longa de indivíduos com condições complexas ou incapacitantes, características apontadas por Starfield (2002) para o mundo. No Brasil soma-se ainda importante presença de doenças infectocontagiosas e carenciais, e aumento de morbimortalidade por causas externas (Lavras, 2011; Mendes, 2011, 2012). Para enfrentamento dessa fragmentação e complexidade epidemiológica há necessidade de trabalho multiprofissional e garantia de continuidade da assistência, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes (Lavras, 2011; Mendes, 2012).

A PNAB, de 2006, estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De acordo

com a PNAB, a AB considera o sujeito na sua complexidade, singularidade, integralidade e inserção sociocultural. Busca a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades dos indivíduos de viverem de forma saudável (Brasil, 2006). Apesar da complexidade do objeto de ação e da própria ação, no mesmo documento definem-se como áreas estratégicas: eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil; controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes; saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde bucal e promoção da saúde, não mencionando a SM.

A nova PNAB, de 2012, manteve as características da anterior, acrescentando em seu texto questões referentes à ordenação das Redes de Atenção, incluiu a ESF para populações de rua e ribeirinhas, além de UBSs fluviais, respeitando as características de cada população citada; ampliou também o número de municípios que podem ter o NASF.

Segundo Mendes (2012), apesar dos documentos oficiais, no Brasil ainda se misturam as interpretações limitadas da APS seletiva e de nível primário de atenção à saúde.

Diversos autores concordam que a reforma dos sistemas de saúde tendo a APS como organizadora, considerando questões econômicas e epidemiológicas locais, é uma solução, desde que suas ações e serviços sejam resolutivos, equitativos e garantam cuidados adequados (Conill, 2008; Lavras, 2011; Mendes, 2012; Starfield, 2002).

1.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, a partir de experiências internacionais e do Programa Médico de Família de Niterói, mas especialmente a partir da experiência bem sucedida do PACS no Ceará (Viana, Dal Poz, 2005).

Em 1987, em situação de seca no estado do Ceará, mulheres da comunidade receberam treinamento de duas semanas e compuseram uma frente de trabalho com o objetivo de fornecer cuidados básicos de saúde em 118 municípios do sertão cearense (Brasil, 2005b). Em 1991, graças à melhora nos indicadores de saúde e queda da mortalidade infantil nas áreas de atuação do PACS, o MS o implantou em municípios das regiões Nordeste e Norte. Cabe ressaltar que com o PACS introduziram-se os conceitos de foco na família; de área de cobertura e de organização da demanda (Viana, Dal Poz, 2005).

Em reunião que participaram técnicos do MS, especialistas em APS, consultores internacionais e secretários municipais e estaduais de saúde, foi criado o PSF em dezembro de 1993. O primeiro documento é de 1994 onde estão descritas suas diretrizes. O PSF foi concebido como instrumento de reorganização do SUS e de municipalização, devendo ser implantado prioritariamente em áreas de risco, partindo do Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) e para sua implantação era necessário que o município tivesse o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde funcionando. Em documento de 1997 já não é mais denominado Programa, mas Estratégia Saúde da Família. A implantação do PSF se deu em um momento de vazio programático no SUS (Conill, 2008; Viana, Dal Poz, 2005) e em resposta à necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (Campos, 2006), tendo sempre em vista as exigências econômicas, interesses organizados e dimensão política do momento histórico (Viana, Dal Poz, 2005).

A ESF trata-se de instrumento para reorganização da prática assistencial, em que a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando a compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções. Prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e famílias compreendendo todo o ciclo de vida, de forma integral e contínua. Além de incorporar e reafirmar em sua prática os princípios do SUS (Brasil, 2001a). Propõe-se a atuar sobre os determinantes sociais da saúde, adequa-se aos princípios do SUS e é ampla ao centrar-se na saúde da população (Mendes, 2012). Sua importância enquanto instrumento de reforma, não só da AB, mas do sistema de saúde brasileiro, está nas mudanças ocorridas na forma de remuneração e descentralização, do estímulo ao fortalecimento da participação popular e por evidenciar a insuficiência do modelo assistencial tradicional baseado em doenças (Assis, et al, 2010; Gil, 2006; Viana, Dal Poz, 2005).

As atividades da ESF devem ser desenvolvidas de forma dinâmica, através do acompanhamento de indicadores de saúde, estabelecendo vínculos de cooperação e corresponsabilidade com a comunidade (Brasil, 1997, 2001, 2005b), visando práticas mais resolutivas e integrais, articuladas em rede de atenção (Assis et al, 2010). Segundo Conill (2008) a capacidade de articulação da ESF com outras políticas públicas é fator importante para ação sobre os processos de saúde doença. Para desenvolver tais práticas os profissionais de saúde devem lançar mão de importante tecnologia, a relacional que se dá a partir do conhecimento dos envolvidos nos encontros com usuários, equipe multidisciplinar de saúde e

nos contatos com outros pontos da rede de atenção. Segundo Merhy, Feuerwerker (2009) o encontro entre o profissional de saúde e o usuário se dá por meio de um processo de relações, constituindo o trabalho vivo em ato, um trabalho criativo realizado com a utilização de tecnologias leves. Para Mendes (2012), a utilização de tecnologias de mudança de estilos de vida e autocuidado apoiado são extremamente complexas.

Para a ESF ser de fato estratégia de organização do SUS ela precisa assumir seu papel de coordenação do cuidado. Para tanto há necessidade de uma APS qualificada, adensada tecnologicamente, com aumento de recursos e da equipe multidisciplinar, ou seja, assumir que a mudança PSF para ESF “vai além de uma opção semântica porque propõe uma nova forma de estruturar a APS como estratégia de organização do SUS” a partir da consolidação paradigmática da ESF (Mendes, 2012, p.102). Alcançar esses objetivos depende dos gestores do SUS assumirem a APS como prioridade (Mendes, 2011, 2012).

Processo avaliativo realizado pelo MS verificou quatro grupos de problemas para a implantação da ESF: dificuldade de mudança do modelo assistencial; escassez de recursos humanos preparados para atuar na perspectiva proposta pela estratégia; dificuldade de monitoramento efetivo do processo e resultados; e dificuldade de garantia da integralidade, considerando os outros níveis de atenção à saúde (Brasil, 2005b).

Em 2008 o MS criou o NASF com o objetivo de apoiar a ESF aumentando sua resolutividade por meio do matriciamento e busca pelo cuidado integral. Deve ser composto por equipe multidisciplinar e responsabilizar-se por determinado número de equipes de saúde da família, a ser determinada conforme a composição da equipe NASF e a região do país (Brasil, 2010). Matriciar refere-se à produção de saúde por meio de um processo de construção compartilhada, que transforma a lógica de encaminhamentos, referências e contra referências, protocolos e regulações em ações horizontais, integradoras e reflexivas dos diferentes saberes diante da realidade do cuidado (Chiaverini, 2011). Segundo Onocko-Campos et al (2012) a implantação matricial constitui-se em possibilidade de inclusão real da SM na AB.

1.5 A SAÚDE MENTAL NA APS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu relatório sobre a saúde no mundo traz dez recomendações para o cuidado em SM: a) proporcionar tratamento em cuidados primários, possibilitando melhora do acesso, tornando-o mais amplo e rápido, além de

melhorar o uso dos recursos, mas recomenda treinamento dos profissionais de saúde da APS; b) proporcionar cuidados na comunidade, pois é o espaço que possibilita intervenções precoces, melhor uso dos recursos, diminuição do estigma e respeito aos direitos humanos dos usuários, mas ressalta a necessidade de disponibilidade dos profissionais de saúde, de serviços de reabilitação no território e atenção intersetorial; c) envolver a comunidade, familiares e pacientes na formulação das políticas públicas; d) preparar recursos humanos; e) estabelecer vínculos com outros setores; entre outros (OMS, 2002).

Em concordância com as recomendações da OMS, em documentos oficiais nacionais, é citada a inclusão da SM como prioridade na AB, que atuaria como porta de entrada da atenção à SM, com definição de estratégias a partir das necessidades dos usuários e das diretrizes da reforma psiquiátrica (Brasil 2001b, 2005, 2011, 2013, Minas Gerais, 2006). As características da APS justificam tal orientação. Cabe ainda considerar que as questões de SM constituem queixas comuns nesse nível de atenção, podendo inclusive configurar-se como doença crônica (Brasil, 2001b; 2013; Chiaverini, 2011; Gonçalves et al, 2014; OMS, 2010).

O trabalho realizado na AB é complexo, uma vez que ocorre no território em que as pessoas vivem, relacionam-se, desenvolvem diversos papéis; e os profissionais de saúde, conhecendo esse território geográfico e existencial, devem estabelecer relações efetivas com usuários, famílias, comunidades, outros profissionais de saúde e de outros setores, nos diversos pontos da rede de assistência (Brasil, 2013; Lancetti, Amarante, 2007).

Segundo Nunes, et al (2007), a inserção da SM na AB é a garantia da aplicação dos princípios e diretrizes do SUS, bem como da reorganização do modelo assistencial. Porém, há necessidade de fortalecimento do SUS e da ESF, capacitação dos profissionais da AB e integração com serviços de SM, a fim de promover atenção adequada às pessoas em sofrimento mental (Andrade et al 2012).

A ESF e a Reforma Psiquiátrica apresentam diretrizes que se convergem. Apontam para a importância: da mudança do modelo biomédico hegemônico; da família como objeto de ação; da territorialização; da promoção de autonomia, cidadania, participação social e protagonismo político. A ESF faz uso de ferramentas como acolhimento, vínculo, responsabilização pela comunidade e trabalho em equipe, ou seja, a ESF pode ser considerada um programa de SM, com intenso poder de inserção no território, com a vantagem de desenvolver ações coletivas em que os indivíduos se reúnem independente de patologias, podendo levar o indivíduo a ressignificar seus sintomas e sofrimento (Lancetti, Amarante,

2007; Lucchese et al, 2009; Minas Gerais, 2006). Segundo Magalhães, et al (2012) as atividades em grupo promovem aproximação das pessoas, formação de novas redes de cuidados com laços de solidariedade e convivência.

O processo de trabalho da ESF partindo do cadastramento das famílias e do diagnóstico de saúde do território permite atenção diferenciada a famílias em situação de risco, vulnerabilidade ou isolamento social, incluindo a identificação precoce de pessoas em sofrimento. A facilidade de acesso ao profissional de saúde e a longitudinalidade da atenção favorecem as relações e exigem dos profissionais de saúde aprender a lidar com o sofrimento humano e com emoções diversas como alegria, medo, impotência (Brasil, 2013; Lancetti, Amarante, 2007).

Muitas pessoas buscam atendimento na UBS com queixas de tristeza, ansiedade, estresse, alterações de sono, apetite, abuso de substâncias, dificuldades em lidar com familiares usuários de álcool ou drogas, sintomas de somatização; outras vezes não se queixam, mas o profissional observa sintomas ansiosos e/ou depressivos durante o atendimento. As manifestações mais comuns de sofrimento na AB fazem parte de uma síndrome clínica composta por três dimensões que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (Brasil, 2013). Além das queixas de alterações de comportamento de crianças e solicitação de avaliação pelas escolas (Brasil, 2013; Sucupira, Frank, 2012). Diversos estudos no Brasil comprovam a prevalência de TM na AB e os relacionam com gênero, condições sociais, exposição à violência (Apóstolo et al, 2011; Andrade, et al 2012; Fortes et al, 2011; Gonçalves, Kapczinski, 2008; Gonçalves, et al 2014 Maragno et al, 2006).

A adoção da ESF como eixo estruturante da AB e como organizador do sistema de saúde inclui a família como espaço de desenvolvimento individual e coletivo, portanto não se trata apenas do atendimento ao indivíduo, mas da família, como objeto e sujeito do processo de cuidado (Brasil, 2013). Vale também ressaltar que o foco na família é essencial para o cuidado integral (Brasil, 2001b, Chiaverini, 2011). Mas de que família se trata? Família é considerada um agrupamento de pessoas que compartilham uma relação de cuidados. Trata-se de um sistema aberto, interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas abertos e que mantém certa estabilidade e noção de unidade, mas em constante transformação. Cada família tem suas próprias características e especificidades e é essencial à equipe conhecer a família, saber como ela está estruturada e relaciona-se com outras estruturas sociais. O protagonismo da família também está presente na reforma psiquiátrica, uma vez que ela foi

convocada a prestar cuidados aos seus membros em sofrimento psíquico e doentes crônicos, porém muitas vezes sem preparo (Brasil, 2013; Lancetti, Amarante, 2007).

O vínculo com indivíduos, família e comunidade é ferramenta essencial para o sucesso das ações de saúde (Brasil, 2013). A criação de vínculo é facilitada pela proximidade das pessoas com a equipe de saúde e pelo caráter de longitudinalidade presente no trabalho da ESF (Chiaverini, 2011). A longitudinalidade pressupõe que o cuidado se dá ao longo do tempo, ou seja, é um acompanhamento processual (Brasil, 2013).

Brasil (2010b) conceitua vínculo como um processo de ligação afetiva entre usuário e profissional de saúde a partir do encontro. Em Brasil (2013) o vínculo é descrito como uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa. Vínculos de cuidado bem estabelecidos preveem o uso da escuta, do acolhimento, de suporte e esclarecimento como instrumentos terapêuticos, promovendo diminuição do sofrimento emocional e até reestruturação pessoal por meio do aumento da autoestima e da resiliência, que diz respeito à capacidade de atenuar ou intensificar, prolongar ou encurtar o sofrimento diante de situação desestabilizadora, partindo de traços de personalidade da pessoa e fatores sócios ambientais (Brasil, 2013).

A escuta cuidadosa e sensível pressupõe dar voz à pessoa, família e comunidade, para que falem de suas necessidades, e por meio do acolhimento o profissional forneça suporte adequado à demanda trazida (Brasil, 2010b). O acolhimento está presente na prática de saúde a partir da escuta qualificada e do ajuste entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço de saúde. É importante que o profissional de saúde, independente da categoria profissional, esteja atento à diversidade cultural, racial e étnica da população. Trata-se da tecnologia do encontro, de intervenção na qualificação da escuta, de construção do vínculo e garantia de acesso com responsabilização e resolutividade (Brasil, 2009). O acolhimento mobiliza a sensibilidade dos trabalhadores, suscitando ação reflexiva e diálogo, possibilitando que a ESF torne-se de fato a porta de entrada do sistema de saúde, contribuindo para a consolidação dos princípios do SUS (Santos, Santos, 2011).

A ação reflexiva é favorável ao cuidado, pois leva o profissional a repensar continuamente sua atuação e instrumentos de trabalho (Casé, 2000). Segundo Cabral et al (2000) a transformação do modelo de atenção à saúde exige contínuo processo de reflexão da prática.

Esse campo relacional, criado a partir do encontro entre o profissional e o usuário, sem o devido preparo pode transformar-se em carga insuportável ao profissional de saúde (Lancetti, Amarante, 2007), uma vez que o trabalho afeta também quem o exerce (Andrade, Barreto, Bezerra, 2006). Merhy (2006) considera o trabalho em saúde como processo de construção e qualificação de vidas, que depende de trabalhadores produtores de vida para o outro e para si mesmos. Onocko-Campos et al (2012) afirmam que são comuns, entre os profissionais da ESF a solidão, sensação de impotência e despreparo para lidar com a complexidade das questões de SM.

Segundo Lancetti e Amarante (2007), o trabalho qualificado e em conjunto com uma equipe de SM é eficaz, causa alegria e recompensa aos profissionais de saúde da AB. Mas para isso é importante que o profissional da AB sinta-se seguro em atender pessoas em sofrimento (Chiaverini, 2011). Segundo Arce, et al (2011), o cuidado prestado pela ESF potencializa a prática da integralidade em SM, porém demanda dos profissionais a construção de novas práticas. Para Onocko-Campos et al (2012) a gestão democrática, a ampliação da clínica, a implantação de equipe matricial, a discussão dos casos, as reuniões de equipe e a construção de projetos terapêuticos tem efeitos positivos na percepção de trabalhadores e usuários do serviço de saúde quanto ao aumento da qualidade da assistência prestada.

Segundo Lucchesi et al (2009), apesar de presente no cotidiano das equipes, o sofrimento mental não está incorporado como objeto de suas práticas, com exceção da medicalização, por falta de preparo profissional. Dalla Vecchia, Martins (2009) citam a ausência de ações programáticas em SM na AB, além do risco de psiquiatrização e medicalização dos problemas sociais por meio da redução do cuidado ao simples encaminhamento ao especialista e da clínica voltada à patologia apenas.

Arce, et al (2011) encontraram como dificuldades a falta de estrutura, seja física, material e de recursos humanos, além da ausência de rede de cuidados. Onocko-Campos et al (2012) citam como dificuldades a alta rotatividade profissional, a falta de reavaliações periódicas, caracterizada pela ‘troca de receitas’, a falta de preparo dos profissionais alocados na AB para lidar com questões de SM, além da comunicação entre os membros das equipes de saúde. Lucchesi et al (2009) salientam a fragilidade do sistema de informação na ESF, que não dá visibilidade às questões de SM.

Por outro lado, Lancetti e Amarante (2007), Sampaio e Barroso (2000) citam o êxito do trabalho conjunto do PSF com a equipe de SM em Quixadá, que diminuiu as internações psiquiátricas de oito por mês para seis por ano.

Sousa et al (2012), em sua revisão bibliográfica sobre SM na ESF concluíram que, embora a ESF traga inovações no processo de trabalho, ainda mantém-se a lógica biomédica de cuidado, que a realidade dos serviços não segue as diretrizes de inclusão da SM na AB, além de dificuldades na relação ESF e CAPS. Por outro lado, verificaram que os profissionais construíram formas de atuar em SM em concordância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

1.6 O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Saúde mental é definida pela OMS (2004) como um estado no qual o indivíduo, com controle de suas atitudes, pode suportar as pressões normais da vida, ser produtivo e participar do cotidiano de sua comunidade, ou seja, SM é a base para o bem estar de um indivíduo e comunidade. Segundo Saraceno (2001, p. 145) SM “[...] é entendida como algo complexo, que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam saúde e doença”.

Da mesma forma que a saúde física, a SM é influenciada por fatores biológicos, socioeconômicos e ambientais. É amplamente conhecida a relação de fatores como gênero, pobreza e violência na saúde mental, incluindo o abuso de substâncias químicas (Andrade, et al 2012; Apóstolo et al, 2011; Fortes et al, 2011; Gonçalves, Kapczinski, 2008; Gonçalves, et al 2014; Maragno et al, 2006; OMS, 2010). Desta forma, é importante a concepção de SM como processo de produção de qualidade de vida, através de ações integrais e promocionais de saúde (Brasil 2001b). Portanto, a SM faz parte de uma grande área de conhecimento que envolve ações de caráter amplo, transdisciplinar e intersetorial (Lancetti e Amarante, 2007).

Neste trabalho será considerada a definição de sofrimento adotada pelo MS no Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental, que considera corpo e mente como parte de um todo, afirma o aspecto multidimensional e sistêmico da pessoa, e leva ao entendimento de que o sofrimento refere-se à vivência de ameaça/ruptura da unidade/identidade da pessoa, sendo resultado da interação entre o impacto emocional de determinado fato, sua condição social, temperamento, história de vida e rede de apoio. Não é o mesmo que dor ou perda, apesar de tais situações poderem gerar sofrimento. A ocorrência de sofrimento psíquico também

impacta em alguns agravos à saúde prevalentes, como diabetes, doenças cardíacas e cerebrovasculares, além da relação entre doenças infecciosas e o abuso de substâncias (Brasil, 2013; OMS, 2002, 2010). Tais fatos reforçam a importância da clínica ampliada e abordagem integral, uma vez que a SM e do corpo estão interligadas (Brasil, 2013; OMS, 2002).

Em algumas situações pode relacionar-se com TM, mas não é a esses casos exclusivos, portanto, trata-se aqui da pessoa em sofrimento, e não da doença (Brasil, 2013). Além disso, ao conhecer a pessoa com TM, é importante ressaltar que antes de tratar-se de uma pessoa com uma doença, trata-se de uma experiência humana, e como tal deve ser tratada (Lancetti, 2000; Minas Gerais 2006). Corroborando com esse conceito de cuidado à pessoa em sofrimento e não a uma doença, Merhy, Feuerwerker (2009) consideram que a biologização do sofrimento humano deixa de considerar outros elementos constitutivos da produção de vida – como os históricos e sociais - e empobrece a relação de cuidado, uma vez que não considera o sofrimento como evento singular e complexo que é.

Pessoas sofrem, mas de que pessoa se trata? Trata-se de uma pessoa com vida passada, presente e futura, composta por diferentes esferas – mundo familiar com diversos papéis, relações de poder, afeto, sexualidade; mundo cultural; mundo político; mundo de trabalho; mundo secreto; mundo corporal, com um corpo vivido, uma autoimagem, hábitos; mundo inconsciente; mundo transcendente; necessidades de automanutenção, autocuidado e lazer, além de outras esferas, tantas quantas a complexidade e criatividade de cada vida. As relações entre todas as esferas, a interação com o ambiente vivido, vão formando a própria pessoa, sua identidade (Brasil, 2013).

1.7 DELINEAMENTO DO PROBLEMA

Considerando a complexidade da APS, que tem por objeto de ação a pessoa e não a doença; a opção do Brasil de ter a ESF como estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde e fortalecimento do SUS; a alta prevalência de TM na AB e sua relação com a saúde física; a orientação de inserção da atenção à SM na AB, sendo essa a porta de entrada preferencial à rede de atenção, com necessidade de profissionais de saúde preparados para o cuidado integral, percebe-se que a forma como o trabalho se organiza na AB, com foco nas chamadas prioridades e cuidados programáticos – o que não inclui a SM – não contempla o atendimento a usuários em sofrimento psíquico, presentes frequentemente no cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família, entre suas prioridades de atendimento. Desta forma

nos propomos neste trabalho a conhecer a experiência da equipe de saúde da família no cuidado a pessoas em sofrimento psíquico.

Trata-se de um mestrado profissional, de modo que a prática profissional é foco central, assim como a proposição de avanços para a prática. Segundo Starfield (2002) o profissional de saúde vivencia os problemas da APS e deve utilizar esse conhecimento para realizar a pesquisa. Conhecendo as experiências das equipes de saúde da família, pretendemos evidenciar a ocorrência do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico entre as prioridades na prática assistencial, facilitando o desenvolvimento de tecnologias que promovam cuidado à saúde de qualidade para usuários e profissionais de saúde.

Mulher e criança (Pablo Picasso) 1955

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Conhecer a experiência da equipe de saúde da família no atendimento a usuários em sofrimento psíquico

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar o conceito de sofrimento psíquico para a equipe de saúde da família;
- Identificar a ocorrência de atendimento a usuário em sofrimento psíquico pela equipe de saúde da família;
- Identificar os papéis exercidos pelos diferentes membros da equipe de saúde da família no atendimento a usuários em sofrimento psíquico;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais na abordagem aos usuários em sofrimento psíquico.

Guernica (Pablo Picasso) 1937

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

O presente trabalho fez seu percurso metodológico utilizando a estratégia qualitativa, uma vez que, segundo Minayo (1992, p. 22) essa abordagem busca responder a questões do “universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações [...]” indo ao encontro dos objetivos traçados. Trata-se de estudo exploratório descritivo, já que busca aumentar o conhecimento acerca da realidade estudada (Triviños, 1992).

3.1 LOCAL DO ESTUDO:

O estudo foi realizado na UBS Engenheiro Guilherme H. P. Coelho – UBS Vila Dalva sob responsabilidade da Supervisão de Saúde do Butantã, da Coordenadoria Regional Centro Oeste do município de São Paulo.

A UBS Vila Dalva foi inaugurada em 1985. Situada em divisa dos municípios de São Paulo e Osasco, foi construída a partir de movimento social que envolveu a população dos dois municípios. É responsável por 18.400 pessoas, sendo 600 munícipes de Osasco. Com a implantação da ESF em 2003, parte do território (14.800 pessoas) pertencente ao município de São Paulo, foi dividido entre cinco equipes de saúde da família. O restante do território (3.600 pessoas) continuou sendo atendido por médicos especialistas em pediatria, clínica geral e ginecologia, sendo, portanto uma unidade mista. Atualmente a UBS possui cinco equipes de saúde da família, apenas uma está completa (com médico, enfermeira, dois auxiliares de enfermagem (AE) e cinco ACS). Conta com o apoio matricial do NASF desde 2010. Trata-se também de unidade de ensino, uma vez que recebe alunos de graduação de diversos cursos da área da saúde, além de contar com programas de residência em enfermagem em saúde da família e medicina de família e comunidade.

As equipes de ESF realizam semanalmente reuniões com equipe NASF, com duração de 2 horas, para discussão dos casos compartilhados. A equipe NASF divide-se em trios, três profissionais da equipe NASF participam da reunião com a equipe de ESF e são os profissionais de referência para a equipe, um desses profissionais é de SM necessariamente. Os casos compartilhados são registrados em planilha própria e classificados em: SM, Reabilitação ou Manejo Clínico.

Em 2014 a equipe NASF de referência da UBS Vila Dalva fez levantamento dos casos compartilhados pelas equipes de saúde da família para matriciamento, e verificou que nos primeiros três anos de parceria, 40% dos casos compartilhados foram de Saúde Mental*.

É importante salientar que no último ano os AE e ACS têm participado do Projeto Caminhos do Cuidado do MS que promove formação em SM, com ênfase em crack, álcool e outras drogas, com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada ao usuário de drogas e seus familiares, por meio da formação e qualificação dos profissionais da AB. Nesse mesmo período, a instituição empregadora iniciou cuidado com ACS e auxiliares administrativos da UBS voltado para prevenção de Síndrome de Burnout em encontros mensais.

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO:

Foram convidados a participar do estudo os integrantes de quatro das cinco equipes de saúde da família da UBS Vila Dalva, correspondendo a 38 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, AE e ACS). A equipe excluída do estudo é a equipe em que a pesquisadora atua profissionalmente a fim de manter a confiabilidade dos dados obtidos.

Os critérios de exclusão da participação foram: não estar presente no dia da aplicação do grupo focal ou se recusar a participar. Dessa forma participaram efetivamente da pesquisa os profissionais presentes no dia da coleta de dados e que concordaram em participar voluntariamente, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), totalizando 30 participantes. Na equipe 1 não havia médico contratado e um AE não pôde participar pois estava em outra atividade na UBS. Na equipe 2 a enfermeira estava em licença maternidade, uma AE estava em atividade de cobertura na UBS e uma ACS recusou-se a participar. Na equipe 3, médica e enfermeira afastaram-se após ameaça de morte por parte de usuário e não estavam presentes no momento da coleta de dados. Na equipe 4, única com quadro completo de profissionais, uma AE não participou pois estava em atividade de cobertura na UBS.

* Nota de rodapé: Levantamento de dados realizado por equipe NASF dos casos compartilhados pelas equipes da ESF da UBS VI Dalva no período 2010-2013, apresentado em reunião geral em 2014.

3.3 COLETA DE DADOS:

A coleta de dados foi realizada em quatro reuniões no local de trabalho das equipes, uma para cada equipe de saúde da família, em data previamente agendada e foram realizadas as seguintes atividades:

1. Aplicação de questionário de caracterização dos participantes (Anexo 1) e entrega do TCLE (Anexo 2).
2. Coleta de dados por meio de realização de Grupo Focal com os membros das equipes de saúde da família, com duração de aproximadamente uma 1 e 30 minutos, com exceção da equipe 4 que durou aproximadamente 2 horas e 30 minutos.

A coleta de dados ocorreu partindo de roteiro norteador (Anexo 3). A atividade foi gravada digitalmente e posteriormente transcrita para análise dos dados. O material gravado permanece guardado e em segredo.

3.4 GRUPO FOCAL:

O grupo focal é uma reunião para discussão dialógica sobre um tema específico. Consiste em uma técnica distinta, com características peculiares especialmente pelo processo de interação grupal que favorece a participação de todos os envolvidos, proporcionando a construção coletiva do conhecimento (Ressel, 2008). A aplicação do grupo focal possibilita um momento de reflexão crítica das práticas cotidianas (Ramos, 2009).

É fundamental que os participantes da atividade tenham interesses comuns e o grupo seja composto por 6 a 15 pessoas. Cabe ao pesquisador o estabelecimento de critérios para a constituição do grupo e a formação de um ambiente favorável à discussão, bem como determinar o assunto a ser trabalhado e conduzir a discussão de modo a aprofundar considerações importantes para a pesquisa (Minayo, 2008; Ressel, 2008; Trad, 2009).

Segundo Trad (2009, p.782):

“a função do moderador é: (a) introduzir a discussão e a manter acesa; (b) enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; (c) observar os participantes, encorajando a palavra de cada um; [...] (f) observar as comunicações não verbais e o ritmo dos participantes”.

Deve-se utilizar um roteiro com questões norteadoras da discussão, contendo poucos itens, favorecendo a flexibilidade na condução do grupo e introdução gradual de temas complexos (Trad, 2009).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS:

Imediatamente após a aplicação de cada grupo focal o material gravado foi transcrito, seguindo as recomendações de Triviños (1992), com a finalidade de preservar com exatidão a integridade dos discursos.

Para análise dos dados obtidos foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2009 p. 44), que a conceitua como:

“[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições e produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.”

Partindo da organização do material transcrito, e da leitura exaustiva do material, as mensagens foram decompostas em unidades de registros, neste trabalho optou-se por frases que foram transformadas em categorias. Segundo Gomes (2003, p. 70) “A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.”

No presente trabalho a construção dos resultados se deu por meio da inferência, da formulação de categorias a partir das mensagens dos sujeitos da pesquisa, tendo sempre os objetivos da pesquisa como contraponto. Buscando compreender os significados das falas dos sujeitos, sua intensidade e não apenas a repetição das mensagens. Segundo Minayo (2008, p. 307):

“Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados e contextos da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequência das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda.”

3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS:

Seguindo as normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, contidas na resolução 466/2012 (Brasil, 2013b), o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e aprovado sob número: 952.227 (Anexo 4) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de

Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (CEP SMS PMSP), com aprovação sob o número: 1.205.083 (Anexo 5).

Foram assegurados aos sujeitos da pesquisa: o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a liberdade de desistir de participar a qualquer tempo, sem prejuízo algum e a garantia de sigilo e anonimato. Os participantes autorizaram a gravação e divulgação posterior dos dados da pesquisa em publicações científicas.

Fuga das Vítimas de Pogrom (Lasar Segall) 1937

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Os encontros entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa permitiram o desvelamento de emoções e experiências por vezes de forma catártica. Profissionais de saúde, de diferentes categorias, compartilharam experiências de vida profissional e pessoal proporcionando a descoberta das seguintes proposições, partindo da organização das categorias (classificação e agregação): **Conceito de sofrimento psíquico para a Equipe de Saúde da Família**, **Vivência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico pela Equipe de Saúde da Família** e **Vulnerabilidade do profissional de saúde**.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram 30 membros das equipes de saúde da família de quatro equipes, sendo: 21 ACS, 5 AE, 2 enfermeiras e 2 médicas, com idade média de 36 anos, tempo de atuação nesta equipe de saúde variando de 2 meses a 12 anos, com medida de 3,6 anos. 7 de seus membros tem formação universitária e 23 concluíram o ensino médio. As duas médicas afirmam ter realizado cursos específicos em SM, bem como 1 das enfermeiras. Quanto aos AE, apenas 2 afirmam ter participado de capacitação em SM, e entre os ACS apenas 4 não participaram de algum curso específico em SM.

4.2 NÚCLEOS DE SIGNIFICADOS

Com o objetivo de compreender os significados e sentidos das falas das equipes de saúde da família foi realizada a leitura exaustiva do material transcrito, levando à constituição de três núcleos de significados, chamados aqui de temas e seus detalhamentos, denominados categorias e subcategorias. Os temas serão apresentados na forma de negrito sublinhado, as categorias em negrito simples, e as subcategorias em itálico sublinhado.

Tema 1- Conceito de sofrimento psíquico para a Equipe de Saúde da Família

A ESF reconhece o sofrimento psíquico como um evento universal, relacionado a situações de vida. Tem como características ser: multifatorial, individual, não mensurável, por vezes imperceptível aos outros, prejudicial à vida de quem sofre, dependente de recursos internos e externos, progressivo, interveniente nas relações familiares e por elas influenciado. É uma experiência legitimada pela sociedade quando visto como doença.

Quando na condição de doença, o sofrimento psíquico está associado com: o TM, a somatização, o uso de medicação, a dependência química, a vulnerabilidade social, a

mudanças nas relações familiares, a preconceitos, a ganhos secundários com a doença, mas também com perdas.

1.1 O sofrimento psíquico como evento na vida do indivíduo:

ACS - “Sofrer é normal do ser humano.”

Enf - “...a Bíblia inteira... se você acredita ou não, eles tem em torno de 5 mil anos, então há 5 mil anos atrás já tinha gente deprimida.”

ACS - “... qualquer um de nós pode ter sofrimento por qualquer motivo... uma perda, alguma experiência que você passou que gera sofrimento psicológico...”

ACS - “... o inesperado na nossa vida faz com que a gente entre num desequilíbrio psicológico...”

ACS - “acho que é ter um problema e não ter como solucionar dentro da sua visão, e isso te causa sofrimento.”

AE - “são as lutas interiores... são as lutas que ela não consegue expor muitas vezes, e às vezes até, fica com medo de falar, e fica tentando resolver tudo sozinha, dentro de si... e por ela não conseguir falar também porque não entende, não consegue resolver, acaba afetando as pessoas que estão à volta dela e ela fica nesse sofrimento mesmo, é assim que eu vejo.”

1.2 Para a ESF, o sofrimento psíquico é:

- Multifatorial

ACS - “... existem vários motivos para sofrer, cada um pode sofrer por um motivo.”

- Individual

ACS - “Tem problemas que pra mim é simples de resolver, mas tem pessoas que com o mesmo problema não conseguem resolver, por isso depende de cada um.”

- Não mensurável

Enf - “Na minha opinião, o sofrimento não é mensurável, é de cada um.”

- Por vezes, imperceptível para os outros

Méd - “... a pessoa está simplesmente sofrendo, e as pessoas nem percebem...”

Enf - “Não é uma ferida que dá pra ver, mas é uma ferida na alma, enfim, né?”

Méd - “... porque não é uma doença, isso que a gente está falando, a pessoa não percebe que o outro está sofrendo.”

- Prejudicial à vida da pessoa

Méd - “Na minha opinião o sofrimento [...] é algo que vai impactar diretamente na vida da pessoa, vai ter um prejuízo na vida dessa pessoa, prejuízo funcional, de saúde, etc.

Dificuldade de lidar e nem sempre a pessoa tem percepção disso.”

ACS - “Sofrimento é o que está sendo ruim naquele momento pra ela, fazendo mal, prejudicando a ela.”

Méd - “Sofrimento psíquico pra mim é quando a pessoa está com diversas questões emocionais né, às vezes sociais e que isso vai interferir no desenvolvimento da vida dessa pessoa, na qualidade de vida dela, no trabalho, nas relações familiares.”

- Dependente de recursos individuais

ACS - “Depende dos recursos que cada um tem para sair daquela situação, conseguir lidar com aquilo [...]”

Enf - “Ela pode ser resiliente, mas também o quanto custa isso... e ver a capacidade de a pessoa se adaptar à situação, mas a custo de que?”

ACS - “[...] sempre que converso com ela fico em estado de choque, não sei como ela suporta essa situação. Ela é uma pessoa muito forte, apesar dos problemas que ela tem também, ela é muito forte...”

Enf - “O moleque tomou facada, tiro, perdeu a perna [...] e gente, nunca vi gente mais alegre.”

- Dependente de recursos externos

ACS - “[...] a rede sabe, é quem você tem também para te apoiar em certas situações [...]”

ACS - “E aí, o que é mais fácil pra mim que tenho pessoas pra opinar e pra conversar comigo, pra outros pode ser bem mais difícil.”

- Progressivo

ACS - “[...] acho que a pessoa não consegue lidar com aquela problemática e ela vai ficando maior.”

Méd - “Você sofre por alguma coisa e aquilo te causa problema e te faz sofrer mais e vira uma bola de neve.”

- Interveniente nas relações familiares e influenciado por elas

AE - “[...] aquele que está do lado também sofre, você entendeu? Porque a pessoa não consegue enxergar outras coisas que a vida tá oferecendo, tipo assim, você tem outra família, você tem esposa, tem filhos, você é pai, mas não, você fica naquele sofrimento, aí tem hora que a gente também não aguenta mais.”

ACS - “[...] a família é peça chave, fundamental para que uma pessoa que esteja em sofrimento tenha um folego[...]”

Enf - “[...] se as outras pessoas estão sofrendo pelo meu comportamento, é porque eu devo estar sofrendo e eu que não quero pensar, perceber.”

ACS - “A gente vê um movimento da família também, tanto pra atrapalhar como pra ajudar, mas infelizmente mais pra atrapalhar.”

Enf - “[...] é uma opção dela e gera sofrimento em quem tem expectativa de ela ficar bem.”

- Uma experiência não legitimada pela sociedade

Enf - “Vivemos em uma sociedade onde as pessoas são obrigadas a serem felizes. As pessoas que não são felizes são enjeitadas pela sociedade, então, de quem você quer estar perto? De quem é feliz, bonito, bem sucedido, divertido. Agora, sempre foi assim? Não. Existiram momentos em que a sociedade encontrava espaço pro triste, ou pro louco.”

ACS - “É um direito da pessoa estar triste, se sentir triste, e é um direito da outra pessoa se sentir contente [...] tem gente que pode estar super triste mas reagindo, tem gente triste que está sorrindo, sei lá.”

Enf - “Porque o que acontece, o luto permanente, ou o sofrimento permanente, pode ser uma opção que a gente não legitima.”

Enf - “[...] você não consegue convencer as filhas: ô meninas, ela fica feliz em sofrer. Não é que ela está se martirizando, ela está convivendo com a lembrança.”

- Legitimado quando visto como doença

Méd - “sofrimento psíquico não é necessariamente estar doente [...] às vezes não cabe em classificação nenhuma né?”

Enf - “[...] mas acho que à medida que a pessoa vai piorando, seja porque a pessoa quer ser o super herói, seja porque não é compreendido, enfim por n motivos [...] pode eventualmente virar doença. Acho que vira doença até por uma questão de sobrevivência, porque se não virar doença, o que é que isso vira? Não vira nada né? A pessoa fica incapacitada, então se ela adocece, se ela ganha um rótulo de doença, pronto, vem o rótulo: deprimido. Então ela está autorizada a ficar triste.”

1.3 Sofrimento psíquico como doença está associado com:

O TM

ACS - “... quando ela falou que define como uma doença fica mais fácil pra você entender.”

ACS - “Eu acho que a pessoa que tem uma doença psíquica, um sofrimento mental, ao meu ver, é uma forma de expor o sofrimento.”

ACS - “Tem a pessoa que perde completamente o equilíbrio [...] e tem aquela pessoa que às vezes tem um problema de saúde mental, mas não está nesse estágio, tipo assim, ela ainda consegue perceber que tem um problema [...] às vezes um motivo forte levou a desenvolver problemas de saúde mental, e a pessoa perdeu totalmente a razão de viver, aí, desconecta do mundo.”

ACS - “Tem os que já nascem com problema de saúde mental, tem os que, por ser usuário (de drogas), acaba virando, e tem outros que vai vindo, por exemplo, com depressão, e futuramente desconecta tudo.”

A Somatização

Méd - “É o paciente que chega se queixando de uma dor que você olha e fala: não tem nada a ver, essa dor, não, isso não é uma doença. Palpitação, em um paciente que você sabe que não tem nada pra ter palpitação, dor no peito em paciente que você sabe que não está enfartando, então você consegue excluir coisas clínicas [...]”

Enf - “Quando a gente fala: toma esse remédio pra ficar menos aflito, menos angustiado, ou a gente fala: essa bateadeira no peito é um pouco uma questão de sofrimento [...] o que? Você está me chamando de louco?”

O uso de Medicação

Enf - “E às vezes, a medicação acaba sendo uma muleta, e ela não é uma varinha de condão que vai resolver né? Vai funcionar meio que como um escudo, mas o problema continua ali, se ela não trabalhar outras questões, se fortalecer, ter uma rede de apoio eficiente, nada vai mudar, nada vai mudar... nada.”

ACS - “E a gente vê muita gente assim, se afundando na depressão, aí vem atrás de medicação, e acha que a medicação vai fazer um efeito que ela sonha, vai curar ela, mas às vezes não é só medicação, ela precisa de uma outra coisa, precisa conversar.”

A Dependência Química

ACS - “Dependência química tem também, entendeu? É bem cheio tanto de saúde mental quanto químico também, álcool, tudo, entendeu?”

ACS - “[...] tem alguns que além dos problemas psiquiátricos tem também problemas com drogas, aí eu vejo, sabe, muito sofrimento.”

AE - “Eu percebo também que em muitas coisas as pessoas vão pras drogas, todo tipo de droga, álcool, bebidas, cigarros, maconha, cocaína, como uma fuga.”

Enf - “É como álcool e drogas, tem gente que tá usando, é feliz e não está atrapalhando, mas a gente sabe que está brincando com cobra.”

A vulnerabilidade Social

Enf - “[...] pacientes com problemas de saúde mental, em grande sofrimento psíquico, que tem um impacto gigante até de afastamentos de INSS, de doenças, de adoecimento que começa na cabeça e vai refletir no corpo.”

Méd - “Tem gente, por exemplo, que está em sofrimento no trabalho, a galera que vem super pedir atestado, por exemplo.”

Méd - “Sofrimento psíquico é isso, é uma pessoa que questões emocionais, que questões sociais vão causar problemas de ordem psiquiátrica e influenciar [...] você não vai saber direito onde começa e onde termina a causa e o efeito né, é uma mistura.”

Enf - “[...] famílias que vivem na miséria [...] vai refletindo em violência [...] não sei o que vem primeiro, problemas de saúde mental, a baixa escolaridade, a violência... tá tudo muito amarradinho, né? Quando você vai ouvir a história de vida dessas pessoas, então aquilo, é uma repetição na verdade de gerações né? Eu replico isso e eu vou, a cada ano que passa, alimentando mais esses problemas de saúde mental que vão se estender por várias e várias gerações se esse ciclo não for quebrado, né?”

A mudanças nas relações familiares

ACS - “[...] porque ele a protegia, hoje ela o protege, tem esse papel, teve que inverter.”

ACS - “Eu acho que é mais sofrido ainda porque até a gente entender que aquilo é um sofrimento... depois ela aceitar que está doente, aceitar que tem tomar medicamento, sofre o doente e quem não está e está próximo... é muito complicado.”

ACS - “... tem aquele que a pessoa já está totalmente afetada e pra ela é indiferente se tem um problema de saúde mental ou não, faz diferença pro familiar que carrega o sofrimento.”

ACS - “A esposa já tinha tentado de tudo, a família, e todo mundo já abandonou né? Meu chega!”

ACS - “Eu também culpo um pouco a família, sabe porque? Quando você chega com o remédio em casa, aí as pessoas perguntam como foi a consulta e você fala da medicação, as pessoas falam: ah, você tá louco? Você tá tomando remédio de louco. Você não vai tomar isso. Ou então: você é louco se tomar isso.”

A preconceitos

ACS - “[...] ela quer fazer qualquer coisa, menos dizer que esta em sofrimento, porque é muito mistificado tudo isso, quando se fala em sofrimento, parece que a pessoa é louca.”

ACS - “Ninguém quer aceitar que alguém na família tenha, assim de primeira, tenha algum problema psiquiátrico, ninguém quer.”

ACS - “A pessoa que está com o problema em si, sei lá eu se está sofrendo ou não. Acho que não, porque a procura vem de quem está do lado dele, ele não vem mesmo. Se sofre a gente não tem ideia. Porque anda, sai, faz o que quer, entendeu?”

ACS - “E assim, se não me comprovar que é físico, que a tristeza é física, sei lá, a falta de uma vitamina, eu vou entender que é espiritual, porque se for física tem remédio, se for espiritual também tem um acolhimento, só que precisa me definir. Agora, quando isso se

arrasta tempo demais, eu vou interpretar que é frescura e má vontade, porque tem que ter explicação lógica!”

A ganhos secundários

ACS - “[...] tem gente que fica ali, eu quero ser o coitadinho, chamar atenção de toda família.”

Enf - “O usuário enxerga aqui também que pode usar aquela depressão como muleta, ter alguns ganhos em relação a isso.”

Enf - “Do ponto de vista neurológico, do funcionamento do cérebro, realmente, quando você tá triste e as pessoas te acolhem, você tem um ganho, não é que você tá ali naquela situação pra ter o ganho. Você tá ali, naquela situação, aí você tem o ganho. Fica de certa forma ainda mais difícil de sair, mas também se você não tem o acolhimento, aí que você piora de vez.

Então é uma situação super complicada.”

Enf - “A gente tem vários pacientes que querem ser esquizofrênicos por n motivos, tem medicação que só tem no alto custo e o governo só paga pra esquizo. Esquizo é inimputável, né, qualquer doidinho sabe disso...”

Méd - “Ela tem tanto ganho secundário com a doença, que tem hora que a gente se questiona se ela realmente tem né? É muito conveniente pra ela ser doente...”

A perdas

ACS - “A pessoa perde a credibilidade da família, quando adoece [...] demora muito pra retomar a credibilidade...”

ACS - “[...] está claro que ela não está na sua normalidade, e ninguém quer estar fora da sua normalidade”

ACS - “E falar que passa com psiquiatra?!? É uma coisa super escondida. É ter que dar conta de muito sofrimento sozinho!”

Enf - “[...]de alguma forma muda o comportamento, e as pessoas não querem ficar perto de quem tem problemas no geral.”

Tema 2 – A vivência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico

A ESF reconhece o atendimento ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da prática assistencial, em todos os encontros entre profissionais e pacientes, como no acolhimento, em visitas domiciliares (VD), consultas médicas e de enfermagem e procedimentos clínicos.

São também reconhecidos os distintos papéis de seus membros, com diversos níveis de responsabilização, parcerias, conflitos e estratégias. O ACS surge como o profissional de saúde mais disponível, mais próximo e confiante do usuário, ponte entre os usuários e os

outros membros da equipe de saúde. O AE é reconhecido como um dos profissionais de apoio aos ACS e executor de procedimentos, entre eles a escuta qualificada. O enfermeiro e o médico além de realizarem consultas e VD são responsáveis pelas decisões difíceis da equipe. O enfermeiro também é reconhecido como o ‘resolvedor’ de problemas e o médico é identificado como o prescritor e ‘encaminhador’.

Na vivência do cuidado que envolve o sofrimento foram identificadas as estratégias utilizadas pela equipe de saúde da família em situações diferentes, como durante o cuidado do outro, o cuidado da equipe e o auto cuidado.

O cuidado do outro se dá por meio da escuta, do vínculo, da longitudinalidade, do acolhimento, do trabalho em equipe e em rede, do acesso, da ação reflexiva e da disponibilidade do profissional para o cuidado.

O cuidado com a equipe se dá por meio do compartilhamento de casos e angústias, trabalho em equipe (incluindo o NASF) e momentos de descontração em equipe.

O auto cuidado foi evidenciado por meio do auto cuidado físico e espiritual, do planejamento das atividades e da tentativa de distanciamento do sofrimento.

2.1 A ocorrência do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico:

ACS - “[...] a gente viu dar resultado pra uma pessoa que estava com uma depressão, que não conseguia sair, que não conseguia com medicamento, e numa simples reunião nossa, que foi comer um bolo com ela, tomar um chá, dar algumas horas pra ela conversar com a gente, no outro dia estava transformada, e tá até hoje!”

Enf - “[...] e o povo xingando lá fora que você está demorando, o que você está fazendo lá dentro com aquela pessoa que as outras ficaram 20, 30 minutos e aquela está há mais de 1 hora chorando copiosamente na sua frente [...] Mesma coisa quando a gente pega um paciente desses no acolhimento... você fala: faz o que né? não dá.”

AE - “E você vê que ele sofre, mas ele não demonstra. O tempo todo sorrindo na vd...”

Méd - “[...] e vocês são uma porta muito aberta assim, porque o usuário, ele vem medir a pressão, e usa isso como muleta.”

AE - “Meu contato é aqui na unidade, vem pra tomar medicação, é um contato pra procedimento...”

ACS - “Nas experiências das visitas, assim, normalmente é com o responsável mesmo que a gente conversa, porque o paciente está isolado no quarto e a gente não vai entrar, ou às vezes a pessoa saiu...”

ACS - “[...] o que eu observo também além dessa história de pedir psicólogo pro filho, é que geralmente eles vêm com muitas queixas inespecíficas.”

Enf - “[...] aí o olho encheu de lágrima. Consulta. Porque no acolhimento ia demorar muito essa consulta. E está acontecendo um monte e coisa.”

ACS - “Mas os indícios, pra gente que visita sempre, vão mostrar que ela está em sofrimento. Porque você vai ver a rotina, vai ver as transformações.”

2.2 Os diferentes papéis dos membros ESF no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico:

O ACS

ACS - “[...] ela busca muito isso na gente, ela quer desabafar, e aí quer que a gente ajude de alguma forma...”

ACS - “[...] uma visita que ia durar 20 minutos dura 1 hora, 1 hora e meia, então você escuta num todo, não escuta só a depressão [...] e tem mais espaço para ouvir mais coisas, entender melhor a história da pessoa.”

ACS - “[...] é na escuta que a gente trabalha, levando pra equipe [...] a gente ouve tudo aquilo e por a gente não ter a técnica, tem um profissional adaptado praquilo, né então a gente leva por conta disso.”

ACS - “[...] ela acha que é simplesmente eu ir lá na reunião e pedir psiquiatra pra pessoa. Mas aí eu explico, com delicadeza: tenho que saber o motivo para eu falar pros profissionais [...]”

ACS - “[...] ela abriu o portão e me deu um abraço, aí eu fiquei: nossa, abraço hoje? Aí ela falou: tá difícil aqui! Sentou no chão na porta dela e ficamos nós duas lá sentadas [...] ela tem uma vida tão difícil...”

ACS - “Já não tava conseguindo bater meta.”

ACS - “[...] fui na rua ontem, estou passando um caso de um usuário porque ele precisa! Você ouve trocentos casos, e seleciona o que tem a ver com saúde para passar.”

ACS - “[...] fui fazer uma visita a pedido da ACS, e a própria família não sabia que a mulher tinha problema nenhum!”

Méd - “[...] tem paciente que a gente só tem acesso quando vai até a casa levada pelo ACS.”

“... às vezes não precisa resolver, mas ouvir. A gente chega na casa e eles abrem a vida pra gente. Mas não pode contar pro médico!”

ACS - “Fui lá fazer a visita, aí falei: o pronto socorro é pronto socorro, agora você tem que ir pro posto. Segunda feira, nada. Terça voltei lá. Você vai? Vou.”

O AE

ACS - “Às vezes quando o usuário vê o auxiliar com o aparelho de pressão[...] recebe muito melhor, abre o portão.”

AE - “Eu faço assim: entro, faço o curativo, nem puxo muito assunto nessa casa.”

AE - “Ela vem, passa por todos os setores só para dar bom dia [...] tem pacientes que vem medir a pressão, mas não tá com a pressão alta. É para vir uma vez, vem duas por semana, por que acho que não tem com quem conversar, e a gente acaba perguntando: está tudo bem? Aí acaba conversando, e às vezes ela só quer conversar mesmo.”

AE - “Não sei como faria se tivesse que aplicar injeção em alguém agressivo...”

AE - “[...] meu contato é na unidade, um contato pra procedimento, medicação.”

ACS - “[...] agora quem socorre a gente é a auxiliar. Ela ouve e logo fala: vamos lá, vamos tentar resolver [...] ela avalia, traz pra algum técnico aqui dentro. Nosso santo remédio, a auxiliar.”

AE - “[...] eu marquei a consulta. As meninas chegam, falam coisas importantes. Todas são, mas outras são mais graves. Como nossa equipe está desse jeito... aí eu vou, falo como os médicos pra pensar junto o que dá pra fazer [...] vou procurar ajuda junto aos profissionais, enfermeiras. Quando estou atendendo, anoto, pego telefone e aviso depois da discussão. Ou peço pra esperar, as vezes a dra XXX pode atender na hora, o que é muito melhor. Mas eu explico, vai acontecer o atendimento, mas não são os médicos da equipe, estão ajudando...”

AE - “Tento entender o que a pessoa precisa no momento e encaminho para a pessoa responsável no momento, a enfermeira, o médico... tento resolver o mais rápido possível para que ele sofra menos e a gente também.”

AE - “[...] entender que o seu papel não é só ficar dentro da unidade, é fazer visita, cuidar da pessoa suja, sem estudos, em sofrimento também[...] e tem que bater a meta, fazer as visitas...”

A Enfermeira

ACS - “[...] agora que está sem médico na equipe, a enfermeira é a grande médica da nossa equipe. Se não tivesse ela, não consigo nem imaginar!”

ACS - “[...] ela foi estrategista, começou a conversar com ele de outros assuntos, deu bastante corda pra ele, ele acalmou, saiu de lá falando que era o super homem.”

ACS - “Não tinha médico, mas tinha enfermeira e ela resolvia as coisas, era enfermeira, médica, Nasf...”

AE - “Uso da ferramenta disponível no momento e normalmente é a enfermeira de referência.”

ACS - “Uma facilidade é a enfermeira ser ‘psicóloga’. A gente liga, manda watts e ela manda subir. Se não resolver no mesmo dia ela conversa com a gente e dá um jeito de atender a pessoa. Ou a gente ouve e fala: sobe lá e marca com a enfermeira XXX.”

Enf - “Conseguir ir construindo com ela um caminho de cuidado.”

Enf - “As visitas são boas. É importante quando você encontra um espaço pro sofrimento.”

ACS - “A gente passa o caso e quem avalia os riscos não somos nós. Somos coadjuvantes nesse papel. Elas (enfermeira e médica) têm outro olhar.”

A Médica

Méd - “Vem na consulta, o médico dá lá uma receita...”

ACS - “[...] às vezes acho que tem vergonha de perguntar no consultório porque eu tenho que tomar esse remédio, né?”

ACS - “A gente põe a culpa na médica.”

AE - “[...] passou com o médico e foi feito o encaminhamento [...]”

Méd - “[...] o médico é sempre quem vai mandar dar a injeção, passar remédio, eles tem muito medo de serem internados, então assim, eles tem muitos motivos pra ter medo do médico [...]”

Enf - “Há! Você está no topo da rede, você é a médica. Ferrou!”

ACS - “O dr XXX queria tirar o medicamento, mas não teve negociação. O dr XXX também tentou.”

ACS - “A gente passa o caso e quem avalia os riscos não somos nós. Somos coadjuvantes nesse papel. Elas (médica e enfermeira) têm outro olhar.”

2.3 Estratégias de cuidado no sofrimento:

2.3.1 O cuidado do outro:

Enf - “Eu acho que nossa atuação na Estratégia Saúde da Família transcende os protocolos, documento norteador, por causa da questão do vínculo né, que acaba sendo um nó. À medida que você tem um bom vínculo com o usuário ele se sente mais confortável em abrir coisas com você, que ele não abriria nem pra ninguém da casa dele.”

Méd - “É mais fácil criar vínculo com pessoas comuns ou com transtorno mental leve, você consegue se comunicar melhor. Mas quando você consegue vínculo com as pessoas com transtorno mental, ele confia muito em você. Às vezes é mais fácil a comunicação com o ACS que com pessoa da família.”

Enf - “Tem coisas que acaba tendo impacto nem sempre positivo, às vezes negativo e até adoecedor, porque acontece um dia, dois, três... e a gente tem vida além disso aqui, né? Seu

horário de trabalho acabou, aí você tá saindo, a pessoa te pega e não te larga nunca mais. É um ponto positivo do vínculo, mas acaba com sua programação, é angustiante.”

AE - “E às vezes solta alguma coisa que gostava de fazer e não faz mais aí você: então, porque não faz mais se você gostava tanto? Se te fazia tão bem? E Tal.”

AE - “[...] ela falou, falou... depois que conseguiu falar tudo aquilo, chorou e até hoje encontro ela na rua e ela está bem, tranquila.”

Méd - “ela tem ouvido treinado, escuta uma coisa aqui, outra ali e depois tem ideias, usa como ferramenta [...] a gente como Estratégia tem uma escuta diferente, qualificada.”

Enf - “[...] às vezes, só de colocar a mão na pessoa, ela está às vezes com sofrimento tão grande, que você só colocou a mão, mas é um diferencial bem grande.”

ACS - “A gente usa as ferramentas disponíveis naquele momento: o atendimento com o profissional da equipe, o acolhimento, ou liga pro SAMU, ou vamos sentar, tomar um café e conversar sobre o que está acontecendo.”

AE - “A gente foi fazer uma vd, a pessoa estava numa irritação danada, e ela não é assim. Aí perguntei: está acontecendo alguma coisa hoje? [...] Aí ela começou a olhar pra si mesma e desabafou. Ficou tranquilo depois.”

Enf - “O pulo do gato do atendimento em saúde mental na saúde da família, é que a gente conhece muito a história das pessoas, e estando no território há muito tempo a gente vai ficando macaca velha.”

AE - “Você vai adquirindo experiência, então, já viu aquele caso, a gente em reunião resolvemos assim, aí aparecem casos parecidos, aí isso influencia, porque você já viu caso parecido.”

ACS - “[...] são pessoas que eu conheço desde pequena, então mesmo que tenham algum problema eu sei chegar e conversar, consigo ter um diálogo.”

AE - “[...] alguém já pegou de que área era e foi lá pra frente (recepção) tentar resolver.”

Méd - “A gente gasta tempo demais em reunião de equipe, discutindo os casos [...] mas o único jeito da gente poder tentar ajudar é discutindo, conversando, ouvindo as pessoas.”

Enf - “A facilidade de acesso é ótima, se não fosse a gente...”

ACS - “Ter atendimento deixa mais calmo (o usuário), eles não sofrem tanto assim pra descobrir o que tem, talvez porque estão acompanhados ficam mais tranquilos.”

AE - “[...] a gente fica se perguntando quando faz a visita, será que era uma fuga? Será que tinha problema psiquiátrico e ninguém percebeu?” (fala sobre caso de tentativa de suicídio).

ACS - “E quando recebe seu salário no final do mês, será que fez um bom trabalho?”

Enf - “A gente gosta do que a gente sabe fazer...”

AE - “A experiência de ter sido agente de saúde é uma facilidade também. A gente aprende muito, todos os dias.”

Méd - “Eu tive dois cursos de formação, longos e profundos [...] melhorou muito a minha sensibilidade ao paciente com transtorno mental, até a questão terapêutica também[...] a gente sai da faculdade cru pra isso...”

AE - “Eu acho que precisaria de treinamento pra ter ferramentas pra entender e lidar com o que a pessoa está passando.”

ACS - “[...] a gente saiu do curso Caminhos do Cuidado [...] e a orientação que a gente teve foi sair de lá e passar adiante tudo o que a gente viu[...] que passar com psiquiatra não é o fim do mundo, não é fácil, mas dá pra poder lidar com isso.”

ACS - “Esses cursos que a gente faz gravador, é chato, mas é bom, porque a gente fez o curso com pessoas de vários pontos de São Paulo, e aí a gente saiu sabendo como funciona o pop rua, o trabalho indígena[...] eu tenho certeza que tudo o que a gente falava, de alguma forma... é uma ideia... a nossa ideia foi, e a deles veio pra gente...”

Méd - “A sensibilidade é difícil despertar, não tem um livro que leia e desperte sua sensibilidade, não tem um botão [...] você tem que ir desenvolvendo, alguém tem que ajudar a despertar essa sensibilidade [...] falta um pouco dessa sensibilidade, porque só no dia a dia a gente não consegue, não tem tempo pra se preparar...”

Enf - “Acho que a gente teve um grande ganho com a entrada do NASF, até na nossa maneira de enxergar esse usuário [...] resultou aí numa qualidade de serviço prestado melhor, e também na redução de angústia nossa.”

ACS - “Aqui a gente é privilegiado. Tem dois psiquiatras, tem o Nasf, tem psicólogo. Mas é muita gente pra pouco técnico.”

ACS - “O que cabe à gente é muito bem feito, agora quando precisamos de outros serviços, CAPS, hospital...”

Méd - “A gente investe um tempão naquele usuário de saúde mental, porque ele precisa de muito mais tempo que os outros, sempre a comunicação é mais difícil, pode ficar agressivo...”

Méd - “Acho que estratégias que a gente usa é tentar não entrar em conflito, através da comunicação... às vezes é difícil, e quando a gente vê já entrou em conflito...”

ACS - “Se você for ver a maioria está em sofrimento, e meu trabalho é gerenciar isso, como vou falar com XXX... um precisa de uma forma mais dura, mais enérgica, outro mais firme, o outro você tem que ser mais nhem nhem nhem, ou aquela que você tem que se fingir de amiga.”

ACS - “Entender que às vezes a pessoa não está muito bem também.”

Enf - “A gente tem que aceitar que a prioridade do outro não igual à nossa.”

Enf - “A gente tem que deixar a corda andar até ela ter um insight. Pode ser que ela nunca tenha. Pode ser que a gente tenha que chamar a família...”

ACS - “A gente nunca fala não pra pessoa. A gente fala que vai tentar, não promete, mas tenta. Tem que ter o olhar pra necessidade.”

Enf - “[...] e comprometimento, nosso e da maioria dos colegas. Estávamos dispostos a fazer o impossível. E a gente fez [...] Ela viu que tem a gente nesse processo com ela e que ela não está sozinha. Foi lindo.”

Enf - “A gente tem que acreditar, porque se nem o profissional acredita, não rende caldo...”

2.3.2 O cuidado da equipe:

ACS - “[...] você vai passando os casos, compartilhando, por que equipe é isso, né? Você compartilhando e aí acaba aquela angústia né? Porque tem quem vai resolver...”

ACS - “Está sempre todo mundo a par. Tem um caso mais grave todo mundo já sabe que aquele é o caso. Isso se não for todo mundo lá!”

ACS - “Acho que é uma ferramenta você chegar e um apoiar o outro, é a equipe. Tanto a equipe fixa quanto a multidisciplinar.”

Enf - “[...] uma coisa que acho muito bacana na nossa equipe é: nossa, todo mundo tá com saco cheio, a gente tá precisando, pra continuar dando uma assistência adequada [...] vamos cuidar de nós também, a gente vai no cinema, vai tomar um café juntos, almoçar, conversar na praça...”

AE - “Mesmo sem médico na equipe, a gente vai, tem outros médicos ajudando a gente, do NASF, da UBS.”

ACS - “A colega (auxiliar de enfermagem) pegou a equipe nas costas, não põe dificuldade em nada [...] não sei se fosse outra auxiliar seria a mesma coisa... vejo que ela é única assim, não se esquia de nada.”

AE - “Nem tudo a gente sabe, mas estamos todos em um mesmo barco e somos uma grande equipe!”

ACS - “... a gente tem que se policiar, não pode jogar toda frustração em cima do outro, do usuário, do colega.”

Enf - “Quando brigam comigo eu levo de boa... eu me ofendo muito quando ofendem meu colega. Já briguei até com o NASF porque brigaram com vocês! Ninguém briga com elas, só eu!”

2.3.3 O auto cuidado:

ACS - “Pegar pra você uma coisa que não é sua?! A gente tem nossos problemas também, então a gente tem que saber, não pode misturar.”

ACS - “[...] deixa essa que é mais pesada, essa casa que eles estão em sofrimento pra depois, deixa uma casa muito difícil por dia.”

AE - “Prefiro ficar sem saber.”

Enf - “Já fiquei presa dentro de uma casa de esquizo. Estava sozinha, deixei o carro na frente da casa dela, pensei: qualquer coisa ela percebe que estou por aqui...”

ACS - “A gente fala com cuidado, educação: olha, meu horário de trabalho é esse você pode me procurar nesse horário, não adianta me procurar às 8 horas da noite e achar que vou resolver todos os seus problemas... eu posso te ajudar, dentro dos meus limites [...] eu achei que não quebrou o vínculo, mas eu precisava falar isso, foi importante ter falado.”

ACS - “Para quem acredita a oração, o cuidado espiritual, uma meditação, pra mim é muito importante.”

ACS - “[...] ou tá olhando pra ela e a mente está lá longe, de vez em quando só balança a cabeça[...] funciona com quem fala toda vez a mesma coisa, que você já sabe a história de cor e salteado.”

ACS - “Eu vejo se a chave está no portão, se o portão está destrancado, se ela está sozinha... porque se precisar eu vou correr.”

Méd - “Quando vou no paciente mais agressivo, tento não chegar de uma vez, tento ficar sempre perto da porta, pensar numa via de fuga...”

ACS - “Tentar dividir o tempo: fecha a porta de casa e fala: fica aí problema. Tranca a porta do posto e fala: fica aí problema, fiquem aí prontuários. Aí você abre o problema de casa.”

ACS - “Você vai até uma certa altura porque é a lei de sobrevivência. Aquilo que me faz mal eu descarto [...] eu não posso viver a vida do outro.”

Enf - “[...] como teve o dia que ela falou: chega desse caso pra mim um pouco, porque é demais.”

ACS - “[...] sofri com isso, mas enfim [...] você tem que colocar seu sentimento pra trás e seguir em frente, porque eu tinha que conseguir ser funcional na minha casa, no meu trabalho...”

ACS - “Porque às vezes eu estou nas visitas pensando em lugares e animais.”

ACS - “[...] tento entender o lado do outro, e não levar pro pessoal, tento não me magoar com o que o outro faz.”

Enf - “Conhecer muito, estudar muito, perguntar pras meninas, muito café preto e paciência, que no meu caso é esgotável.”

AE - “Se você entender qual é o seu papel no PSF vai fazer o seu melhor e não vai se frustrar [...]. A estratégia que eu usei foi entender melhor o que é o PSF, e entender ajuda a fazer com amor.”

Tema 3 – A vulnerabilidade do profissional de saúde

Durante os encontros entre a equipe de saúde da família e a pesquisadora ficou evidente, por meio da verbalização de sofrimento vivenciado pelos membros da equipe, a vulnerabilidade do profissional de saúde diante do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, com repercussões em sua vida pessoal, além do reconhecimento da necessidade de serem cuidados.

A equipe reconhece que o contato com o sofrimento do outro é difícil, pois leva o profissional a ter contato com seu próprio sofrimento e seus medos e gera uma avalanche de sentimentos e emoções, por outro lado, pode levar à reflexão da própria vida.

Além do sofrimento comum a todos os profissionais da equipe de saúde da família, foram identificadas outras causas de sofrimento para o ACS, relacionado ao fato de ser o único profissional de saúde sem formação que anteceda sua atuação, ser morador da comunidade e ter relação próxima com seus usuários, que frequentemente confundem seu papel.

A equipe de ESF reconhece que os profissionais de saúde ainda são formados para curar pessoas, solucionar problemas, porém no cotidiano da prática profissional, nem todo problema tem solução. O usuário em sofrimento psíquico muitas vezes necessita de atendimento imediato, tem pouca tolerância à frustração e gera na equipe a necessidade de ser maleável quanto aos fluxos e rotinas, porém o trabalho necessita de organização. Essas dualidades geram sofrimento na equipe de saúde.

A falta de capacitação para lidar com o paciente agressivo e a imprevisibilidade desse atendimento, bem como a deficiência de recursos físicos, insumos e ferramentas, além da rede de atenção à saúde mental precária e relação conflituosa com colegas de trabalho, bem como o momento de transformações pelas quais a UBS está passando atualmente, também são causas de sofrimento para a equipe de saúde.

Decepção, frustração, raiva e desânimo são sentimentos identificados pelos profissionais de saúde diante do não reconhecimento de seu trabalho pelo usuário.

A equipe de ESF se percebe em Burnout, pois investe toda sua energia no trabalho e resoluções de problemas a ele inerentes, apesar de reconhecer medidas de auto cuidado individual e grupal.

3.1 A vulnerabilidade do profissional ACS:

ACS - “O agente de saúde cai de para quedas na área da saúde e ele vai lidar com todos os tipos de sofrimento e o mais difícil acho que é o psiquiátrico, porque aquilo ali você não tá vendo a ferida da doença, você não vê.”

ACS - “No início do emprego é tudo muito difícil, é muita papelada, você não conhece aquele usuário, aqueles profissionais, é tudo muito delicado.”

ACS - “No começo era difícil, eu chorava, aí uma pessoa conversou comigo falou que eu ia ter que aprender a passar os casos e desligar, porque senão eu ia acabar ficando deprimida.”

ACS - “[...] então ele pensa que eu sou amiga dele e passa dos limites, tem hora que suga demais, quer que eu resolva os negócios dele[...] ele usa de chantagem, fala: você não quer mais falar comigo? Pra que vou viver?”

ACS - “[...] eu acho que acaba misturando tudo... eles querem que você resolva até que a perua não passou, não recebeu a pensão...”

ACS - “As pessoas não sabem separar, se você vai numa festinha de aniversário te cata e já começa a contar [...] e a gente não consegue ser mal educado porque você vai estar na casa da pessoa na próxima semana.”

ACS - “Ser agente de saúde é um sofrimento constante, porque você lida com o sofrimento do outro e o próprio [...] é difícil, porque você trabalha onde você mora, e aí são parentes mais próximos, problemas. Então é problema o tempo todo. De vez em quando a gente dá uma surtada.”

ACS - “Me preparo para ir e geralmente volto muito mal, nem faço mais visitas... porque aquilo fica remoendo na cabeça: podia, pode ser diferente... porque acontece isso com ela?... mesmo tendo família, irmãos, você sempre fala assim: porque eu não posso fazer? Fico desgastada emocionalmente, sensação de impotência... conheço desde criança... fico super triste...”

ACS - “Ele gosta dela desde a adolescência, tem uma fixação, aí a dificuldade aumenta um pouco... no dia que ele entrou em surto com a gente lá, o jeito que olhava pra ela de: eu te pego![...] eu entrei na frente dele. Agora a gente ri e tal, mas na hora...”

3.2 A urgência do atendimento de SM:

Méd - “[...] a gente tem outras demandas, fica difícil se colocar a disposição, o acesso do usuário fica prejudicado... e geralmente o usuário de saúde mental quer naquela hora!

[...] a gente não tem disponibilidade de estar todo o tempo, 100% disponível praquela pessoa, como por exemplo é no CAPS.”

Enf - “Nosso trabalho exige organização, mas esse tipo de paciente quebra os fluxos, tem suas urgências...”

Enf - “A gente nunca sabe como seu dia vai terminar. Você faz uma programação, mas de repente você pega uma XX da vida e acaba com sua programação.”

AE - “Nosso tempo é contado, e aí a pessoa está precisando de você naquele momento [...] e o restante fica esperando e às vezes acaba tendo conflito, porque até você conseguir explicar que foi pela necessidade do usuário...”

Enf - “Esses pacientes tem uma margem de maleabilidade, é, eles às vezes não dão conta dos fluxos, das rotinas ou das alterações nos fluxos e rotinas, e a equipe não vai conseguir ser rígida, sempre vai ter uma hora que vão bater de frente, quando eles não conseguirem aquilo que queriam. Eles tem uma tolerância à frustração muito pequena. Eles explodem os fluxos, eles não cabem nos fluxos, por mais que a gente amarre.”

3.3 O trabalho como causa do sofrimento:

ACS - “A gente sai do curso cheia de ideias, de atitudes, mas a gente chega aqui e não é bem assim, a realidade é outra [...] a gente tem que ter ferramentas, e o sistema não disponibiliza ferramentas pra gente trabalhar, então a gente fica tentando chover no molhado.”

ACS - “[...] então a mãe dele vem e fala assim: vocês tem que resolver! No PS medicaram e deram alta, aí o psiquiatra está de férias, a médica acabou de chegar, a enfermeira de licença maternidade! Nossa!”

ACS - “Não tem profissional de saúde mental na rede, não tem hospital [...] não tem onde internar. A gente fica bem sem apoio mesmo, a família e o doente.”

Enf - “É caso a caso assim, se a pessoa precisa de psicoterapia a longo prazo ou se precisa de um hospital dia, essas coisas, realmente fica difícil, nem todo mundo consegue bancar financeiramente, nem a organização familiar porque nem sempre a pessoa consegue ir sozinha, às vezes precisa de acompanhante pra determinados cuidados.”

ACS - “Quando a gente chega numa vd pra falar com esse em sofrimento, a gente tem vontade de chorar junto, porque sem médico, sem enfermeira! A gente corre pro posto [...] ouve e tenta ajudar.”

AE - “E logo que aconteceu a equipe ficou bem desanimada [...] tem agente que não queria ir fazer visita sozinha na rua [...] porque o que eles querem? Querem consulta, querem médico, querem enfermeira... e continua a mesma coisa... tem paciente que não quer mais nem receber visita, é complicado.”

ACS - “[...] a dificuldade é de não ter um respaldo, aí a gente entra em parafuso. Tem que ser na hora, não dá pra querer resolver daqui a uma semana se o paciente estiver em surto. A família pressionando, o paciente no mundinho dele. Mas agora, sem médico, sem enfermeiro, como é a nossa vida?”

AE - “Você vende um peixe na rua, chega aqui é outro. O profissional da unidade que não é da equipe não tem escuta, aí acaba tendo estresse na rua, estresse aqui também! Chega com um humor, vai embora com outro humor! Se cada profissional fizesse a sua parte não teria tanto estresse.”

Enf - “Uma coisa que me angústia, às vezes [...] a gente não tem um lugar adequado... nem sempre você dispõe de tempo suficiente... aí você se estoura, aí passou seu horário de almoço, de enfim...”

ACS - “[...] cada um tem seu tempo. Então, se quer uma atitude da enfermeira, da médica, tem que dar esse tempo. Então, a gente tem que aprender, nesse sofrimento, e isso vai custar um sentimento nosso, uma coisa dolorida.”

ACS - “Algumas coisas angustia, mas você tem que saber separar seu profissional do pessoal [...] mas vai muito da equipe, da enfermeira e do médico que você tem, das suas colegas de trabalho... porque às vezes a equipe tá lá só pra cobrança... por isso tem agente de saúde doente, que vai pra casa e não dorme [...] tem até o tal kit ACS com fluoxetina e não sei mais o que, que as mais antigas usam!”

AE - “Quase enlouqueço, porque tenho que ficar ligando [...] tem os resultados de exames... vejo quem pediu e passo. Uma estratégia de marcar reunião pelo menos uma vez por semana, porque tem que sentar pra falar sobre os pacientes né? Eu tento não me envolver, mas é mais forte que eu. Eu me envolvo, fico ansiosa. A XXX fala: respira. E eu paro pra respirar...”

Enf - “Aí a gente fala, discute em reunião técnica, por exemplo, não dá pra fazer isso tipo de atendimento ali! Sei lá, se o cara teve uma digamos, urgência, né, que não é uma ferida que dá pra ver, mas que está ali, e como é que você faz esse atendimento, como é que você faz esse acolhimento?... É uma coisa que angustia a gente, todos nós.”

Enf - “Lembrando que acabou valeriana, fluoxetina, medroxiprogesterona... vai ter um monte de gravidez não planejada, eu vou ficar louca... quem já toma remédio não vai ter pra tomar, é caro, depende de condução, enfim...”

3.4 O contato com o paciente agressivo:

ACS - “assim que entrei tive contato com um paciente agressivo [...] de primeira eu me assustei e aos poucos fui aprendendo a lidar [...] no começo eu tive medo.”

ACS - “[...] ele pode tanto partir para cima de você, como fazer mal para ele mesmo, e você fica naquela expectativa...”

Méd - “Você fica tão abalada, não consegue parar de pensar naquilo [...] e depois ainda tem um monte de gente pra você atender.”

AE - “Eu tenho dificuldade se tiver muito agressivo, não sei como faria...”

AE - “Aqui na UBS não tem segurança que nos ajude se a pessoa vier nos agredir. Eu não posso bater. Não sei o que fazer.”

AE - “[...] eu fico muito desconfortável nesses atendimentos, porque eu não sei o que dizer pro familiar, não sei o que falar pro paciente, tenho receio de falar alguma coisa e piorar ainda mais a situação, entendeu? Não sei se tenho que pegar a força, se não. Então fico muito desconfortável. Uma experiência que tive assim, foi muito ruim, tinha que fazer a medicação pra pessoa melhorar, mas não sabia se fazia à força, se não...”

ACS - “Eles são muito difíceis [...] aí ele ficou lá no portão falando, falando, falando, ele nem lembrava que já tinha me contado do cartão de crédito, do portão, dos óculos [...] aí falei o que estava pensando... mas se ela descobrir vem aqui dar na minha cara!”

Enf - “É uma paciente agressiva, que trata a gente mal, é obvio que está em sofrimento, abandonou a quimioterapia porque o cangaço estava querendo matar toda família, mas é difícil cuidar de uma pessoa raivosa como ela.”

3.5 O sofrimento do profissional diante da reação dos usuários:

ACS - “É uma sensação horrível ser mal tratada pelo usuário. Acabou com o meu dia... fiquei sem animo pra trabalhar depois.”

ACS - “Fui muito prestativa com a pessoa, por ter um filho especial, hoje em dia quando a gente vai lá ela não sai nem do quarto com a criança [...] se queixava do posto, vinha ao socorro dela. Fiz tudo o que tinha pra fazer, entreguei o papel pra ela e ela se virou contra minha pessoa! Isso acabou comigo. É uma família que sempre carreguei no colo. Essas coisas que acontecem no nosso trabalho afeta demais o sentimento da gente. Porque a gente não é só profissional. (Chora). Besta dizer que não tem sentimento... não precisa mais, conseguiu na USP? Tudo bem! [...] Sei que ele está enorme, vejo as cadeiras lá, fico feliz em ver que conseguiu, mas e o vínculo? Não conta? Interrompeu por aí a amizade? Só porque conseguiu na USP?”

ACS - “[...] às vezes também as pessoas são mal agradecidas que nem, pede consulta pra filha com dermatite, aí você vai, corre, consegue a consulta, vai lá levar, entrega a consulta e ainda a pessoa fala: ainda pro dia 22?! E a pessoa sabe da situação da equipe! Acaba com o dia da gente, com aquele dia. Dá uma fúria dentro da gente, de ter se empenhado, corrido atrás, ir lá, ser recebida com mal humor, sermão. Que você fica assim: então meu bem, ficou pro dia 22 e olha que a equipe está sem médica, então, vamos agradecer. Acaba com o dia da gente, receber aquelas... influencia em todo o seu dia.”

ACS - “A gente ajuda, faz o que pode, e a pessoa acha que tem que aguentar tudo porque é paga pra isso? Não é assim não. Não acredito que ninguém estuda o primário para ser pago pra isso. Tem que ter respeito. Não tenho que fazer e não vou fazer!”

AE - “É frustrante. Eles não aceitam o não. Você pode ter dito 10 vezes sim, uma vez que não consegue, acabou.”

ACS - “Fui ameaçada por causa de um cadastro e a pessoa nem mora na área, achei que ia levar a surra que meu pai não tinha dado. Toda aquela fúria pra cima de mim. É muito difícil. Eu ficava pensando: como é possível a gente trabalhar com saúde e correr risco de vida?!? Não dá pra trabalhar assim!”

ACS - “Eu preciso do reconhecimento da pessoa, em algum momento ela tem que aprender a se virar sozinha [...] você se decepciona, porque tudo o que a pessoa te pediu, você conseguiu alcançar. Você mereceria uma consideraçãozinha a mais, no mínimo te respeitar, você profissional e sua equipe.”

Méd - “A XXX é uma paciente fofa [...] agora, a maioria não é assim, aí é muito difícil, porque eles não entendem, reclamam, dizem que a gente não faz nada, nunca estão satisfeitos.”

3.6 O sofrimento diante da sensação de impotência e de não resolubilidade:

Méd - “[...] e às vezes não tem o que fazer, não tem solução, envolve um monte de coisas [...] mas a gente é estratégia saúde da família, e não solução! [...] a gente tem que ter ideia que nem tudo vai ter solução, mas a gente não pode deixar de procurar estratégias, e a gente faz isso todos os dias.”

ACS - “Se a gente tivesse uma varinha de condão pra resolver tudo [...] até o Papa a gente queria ter na hora.”

Enf - “Nós profissionais de saúde somos formados pra que? Pra curar, salvar, resolver. Aí chega esse paciente que não quer ou que não vai deixar de sofrer, aí... ai meu Deus!”

Enf - “[...] ela não perdeu dois filhos, ela teve um aborto, ela teve pequenas coisas que quebraram a pecinha que mantem a gente em pé, enquanto a outra teve duas catástrofes. Só que esse paciente que pequenas coisas quebram a pecinha, é... às vezes fica meio difícil porque você fala: meu, acabei de atender um estuprado e você vem aqui me dizendo que sofreu um aborto? Lava o rosto, vamos lá. Mas é obvio que não funciona desse jeito...”

ACS - “[...] aí você faz a visita, você escuta aquela história, tá bom, aí você vai no outro mês, escuta a mesma história, aí você vai no outro mês, a mesma história, aí da vontade de falar... eu vou fazer mais o que?”

3.7 Contato intenso com o sofrimento do outro e com o próprio sofrimento e medos:

Méd - “Acho que as pessoas têm dificuldades em falar disso (sofrimento) porque cada um tem suas questões né?”

ACS - “Todo atendimento com usuário em sofrimento eu acho mais pesado.”

Enf - “Tem coisas que vão te balançar um pouco mais por conta da sua vivencia anterior com relação àquele problema, ou então você conseguiu se colocar tanto no lugar daquela pessoa que vai doer quase tanto quanto né? Então isso é uma coisa que acho que ainda temos muito a caminhar...”

ACS - “[...] tem dias que você fala, meu Deus, vou ter que ir naquela casa!?! Meu Deus do Céu!”

AE - “[...] às vezes você conhece a pessoa normal, não tem problema e aí ela começa a surtar... você não entende o motivo, não vê motivo. Eu me pego, será que um dia vou chegar a um ponto desse???”

Enf - “Todo mundo pensa isso. Eu já olhei para ela e pensei: eu não quero ficar igual!”

AE - “Ele sofre, mas não demonstra... aí eu falei assim, preciso ir embora, porque eu já estava me segurando ao máximo. Aí eu saí lá fora e chorei...”

ACS - “O que eu vou falar de positivo? Porque na minha casa é do mesmo jeito [...] e fico dando conselhos para ela pensando em mim! Meu Deus!”

AE - “Ali eu chego e fico perdida [...] você não sabe se ela está chorando porque gritou com a mãe, porque perdeu o marido e o filho há pouco tempo, e os cachorros pulando em cima de você... eu fico muito agitada.”

ACS - “[...] acompanhar um caso desses tem que trancar o portão, a porta, esquecer a cena que viu “[...] a gente tenta separar um pouquinho, mas é difícil você acompanhar e não sofrer junto, a gente tenta, mas não é descartável. Sentimento é uma coisa que não é descartável!”

ACS - “A gente absorve todo aquele sofrimento, tenta se colocar no lugar, e acaba se angustiando também né? [...] você sabe que é uma situação que não é fácil!”

ACS - “Dependendo da visita que eu for fazer [...] já fiquei muito mal pela situação, assim, da última acabar com meu dia. Fiquei péssima de não conseguir nem ir pra rua mais.

Dependendo do que a gente pega, aquela carga cai toda em cima da gente.”

AE - “Faz pensar, como é estar numa situação daquela... pode acontecer com alguém próximo, comigo... mesmo eu sendo todo errado faz pensar, repensar meus atos.”

ACS - “Fico preocupada, pensando o que vai acontecer com aquela mãe, com o filho em surto...”

ACS - “A gente já levanta com o pensamento, hoje vou na casa de Fulano [...] sai morrendo de medo, com o coração apertado... a gente vai, como a gente volta a gente não sabe. A gente sai triste, sai feliz, com medo, brava...”

ACS - “É angustiante também ficar nessa coisa de só ouvir, tem coisa que a gente quer falar também, não precisa ser assim!”

Enf - “Atender o usuário em sofrimento psíquico é muitas vezes uma experiência extremamente positiva, outras é extremamente desgastante e negativa. É bom quando você consegue dar o pulo do gato junto com o paciente, mas às vezes...”

Enf - “Tem hora que a gente se reconhece tanto nos casos que a gente fala: caraca! É bacana desde que ele seja diferente de mim...”

AE - “Estava um inverno geladíssimo e a criança lá, sem camiseta [...] fui pra casa e chorei muito, imaginei meu filho naquela situação...”

ACS - “Quando mexe na estrutura de uma família eu me pergunto: meu Deus. É o procedimento correto?”

Enf - “A gente pode errar abrigando e pode errar não abrigando. A gente tem que pedir a Deus todo dia pra acertar.”

3.8 Reconhecimento do sofrimento da equipe de saúde da família:

ACS - “Acho que o sofrimento está meio concentrado aqui! Precisamos de terapia de grupo?”

ACS - “Você acha que a gente tá sofrendo muito?”

ACS - “Eu tô sofrendo, vou participar quietinha...”

ACS - “Eu já sofri demais por hoje.”

Enf - “Acho que todo profissional de saúde da família deveria passar com psicólogo.”

Enf - “Ah, então virou sessão de terapia isso aqui?”

Enf - “Equipe de gente doente.”

Enf - “Bom, o sofrimento taí né gente, a equipe está em sofrimento. E olha que somos a única equipe completa!”

Enf - “A gente tem que se manter funcional e em atendimento... tem que ser super herói 8 horas por dia. No final é prazeroso, mas muito violento também.”

Enf - “Ele já falou que quer marcar consulta com a XXX enfermeira, porque a esposa não ajuda muito.”

Enf - “Que caso ruim pra cair na sua mão, né? Deus sabe.”

ACS - “A gente tá em sofrimento com as transformações que esta unidade está sofrendo... acho que a qualquer momento vocês podem ir embora ... o que está ruim vai se tornar ainda pior.”

Enf - “Isso é verdade, a gente está em Burnout. É isso, a gente quebrou, quebrou tudo... de estrutura psíquica mesmo ... porque toda energia que tenho de acolher, de ouvir, de cuidar está aqui, não sobra um gota pra minha casa...”

ACS - “Os outros pisam em você, acham que você é um super herói, e você não é, você é comum, é um ser humano.”

ACS - “Tá vendo o sofrimento? Você já vai pro atendimento armada, lá vem o usuário que faz escândalo...”

ACS - “Quando a gente passou por esse momento difícil na equipe, assim, a gente sofreu. Às vezes atinge tanto o nosso psicológico que a gente fica sofrendo, né?”

ACS - “Uma experiência terrível que acho que ninguém aqui como agente passou, a morte da dona XXX... eu acompanhava ela na visita pra levar o jumbo, no dia que a enfermeira proibiu de ir com ela... morreu atropelada. Eu carreguei essa culpa por mais de 5 anos! Uma raiva, uma raiva, porque ela proibiu e eu idiota, besta, porque tinha medo de perder o emprego ... podia ter falado não, 5 horas não é meu horário de trabalho ... até hoje me responsabilizo.”

Enf - “A gente vai sair daqui deprimido. Já acabou Dani?”

Stanley Kubrick em Laranja Mecânica 1971

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Foram identificados: a ocorrência do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, os papéis exercidos pelos diferentes membros da equipe, os instrumentos e estratégias utilizadas para tal cuidado e o conceito de sofrimento psíquico para a equipe da ESF. Os resultados expostos desvelam também o intenso sofrimento da equipe de saúde da família ao cuidar do outro em sofrimento e revelam suas múltiplas facetas.

A equipe de saúde da família reconhece o atendimento ao usuário em sofrimento psíquico no seu cotidiano de trabalho, resultado encontrado também por Arce et al (2011), Dalla Vecchia, Martins (2009), Magalhães et al (2012), e afirmado por Brasil (2013) como frequente nos serviços de AB.

Para a equipe de saúde da família o sofrimento psíquico é evento universal, relacionado a situações de vida. É multifatorial, individual, não mensurável, por vezes imperceptível aos outros, prejudicial à vida de quem sofre, dependente de recursos internos e externos, progressivo, interveniente nas relações familiares e por elas influenciado. Em consonância com Brasil (2013), que conceitua sofrimento psíquico como a vivência de ameaça/ruptura da unidade/identidade da pessoa, considerando seu aspecto sistêmico e multidimensional e com Casé (2000) que afirma a multideterminação do sofrimento humano. A equipe reconhece também a SM intimamente relacionada com as condições econômicas e sociais de vida da população atendida, relação também encontrada por Apóstolo et al (2011), Dalla Vecchia, Martins (2009), Magalhães, Pinho, Martins (2012), Maragno et al (2006) e afirmada por Brasil (2013) e OMS (2010).

A equipe de saúde revela que entende o sofrimento como evento sem espaço na sociedade, porém que adquire legitimação social ao ter o status de doença. Segundo Koury (2003) a sociedade atual entende a demonstração pública do sofrimento como a denúncia de fracasso pessoal, dessa forma, o sofrimento interessa apenas aquele que sofre, que ao encontrar-se só, recolhe sua dor para dentro de si, internalizando seu sofrimento e vergonha, afinal todos que saírem dos limites da normalidade serão possivelmente condenados socialmente.

Quanto à vivência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, a equipe de saúde da família, ao utilizar como instrumentos de trabalho o vínculo, a longitudinalidade, a escuta qualificada, o acolhimento, o acesso, a empatia, a disponibilidade profissional para o cuidado, a ação reflexiva, o trabalho em equipe e em rede, representa um espaço social onde o

sofrimento pode ser legitimado, mesmo quando não é classificado como doença. Os mesmos instrumentos de trabalho identificados neste estudo foram encontrados por Arce et al (2011), Dalla Vecchia, Martins (2009), Magalhães, Pinho, Lacchini (2012) e são descritos por Brasil (2013) como essenciais para o cuidado na ESF e em SM. Dalla Vecchia, Martins (2009) afirmam que o acolhimento, o vínculo e a continuidade da atenção, são a possibilidade de ruptura do núcleo biomédico na determinação social do processo saúde doença, e têm sido considerados uma potencialidade da ESF, o que também se verificou nesse trabalho.

De fato, diversos estudos demonstram que a forma de organização do trabalho na ESF favorece as relações com as pessoas e o contato emocional direto com o sofrimento da população (Dalla Vaccha, Martins, 2009; Lancman et al, 2009; Vasconcellos, Costa-Val, 2008). Segundo Vasconcellos, Costa-Val (2008) essa proximidade com o sofrimento pode gerar relações permeadas por dó, medo, frustração entre outras formas de tensão emocional ao profissional, exigindo do mesmo que aprenda a lidar com situações e emoções diversas (Lancetti, Amarante, 2007). Os atores envolvidos nesse estudo descrevem diversas situações e emoções vivenciadas em seu cotidiano de trabalho, muitas vezes intensas, ambivalentes e contraditórias. Dalla Vecchia, Martins (2009) refletem que a aproximação do profissional com as diversas dificuldades vivenciadas pela população atendida, favorece o desenvolvimento de uma abordagem ampliada de cuidado na intercessão de condições sociais com o trabalho, relações intrafamiliares e apoio social e comunitário, porém é também fonte de sofrimento para o profissional de saúde. Lancman et al (2009) ao estudar o impacto da violência na SM dos profissionais da ESF, afirmam que os trabalhadores da ESF testemunham diversos níveis de violência, tornando-se alvo da mesma violência, independente da categoria profissional.

Nesse trabalho, através das falas dos profissionais, fica evidente a vulnerabilidade do profissional de saúde frente à forma de organização do trabalho na ESF e ao contato íntimo com os usuários e com suas necessidades. Tal qual em Dalla Vecchia, Martins (2009), a ampliação da percepção das necessidades de saúde da população é reconhecida entre os profissionais de saúde da família. A longitudinalidade, o acolhimento, o vínculo, a escuta qualificada favorecem tal ampliação, porém também surgem como estressores aos profissionais de saúde diante da sensação de impotência ao se tratar de questões econômicas e sociais ou que envolvem articulação com a rede de atenção à SM. Lancman et al (2009) também reconhecem que esse convívio intenso com o usuário humaniza o trabalho, mas expõe o trabalhador à violência social cotidiana, à miséria, a conflitos éticos quanto à intervenção adequada, provocando impacto psicológico nos profissionais. Lancetti (2000)

afirma que a atividade cotidiana exige dos profissionais um trabalho psíquico e uma capacitação contínuos e complexos. A aproximação mais intensa do ACS o coloca em situação de maior vulnerabilidade quando comparado aos outros profissionais da ESF (Lancman et al, 2009; Maia, Silva, Mendes, 2011), dado encontrado também no presente estudo.

Contrariamente, Trindade et al (2010), em seu estudo a respeito de estresse e da Síndrome de Burnout entre profissionais da equipe de saúde da família, afirmam que a principal fonte estressora não está relacionada às demandas da população carente e frágil, mas a problemas na rede de apoio, nas teias das relações, no processo de trabalho e na qualidade dos serviços. No presente estudo as fontes acima citadas também foram identificadas como estressoras para a equipe da ESF.

A equipe de saúde da família revelou seu sofrimento relacionado à urgência e imprevisibilidade do atendimento em SM que desorganiza seu trabalho, à sensação de impotência e irresolubilidade, ao não reconhecimento de seu esforço pela população, a questões relacionadas à organização e relações no trabalho e ao contato com o sofrimento do outro, evidenciando os medos e sofrimentos do próprio profissional. O profissional ACS, além do sofrimento comum aos demais membros da equipe de ESF, refere sofrimento relacionado a não formação prévia, ao contato direto com seus usuários, que são moradores do mesmo território, e à confusão de suas atribuições pela população.

O atendimento ao usuário agressivo foi citado como fonte de angústia diante da imprevisibilidade de suas ações, condição também encontrada por Dalla Vecchia, Martins (2009). A proximidade e intimidade das relações no território, onde o profissional conhece a história de vida das pessoas são determinantes na avaliação da urgência do atendimento em SM, extrapolando apenas as condições clínicas. Brasil (2013) afirma que a crise em SM gera sensação de urgência mobilizadora à família, comunidade e muitas vezes aos profissionais de saúde envolvidos, diante do comportamento violento, desorganizado, confuso, ou diante do choro, isolamento ou apatia muitas vezes demonstrados pelos usuários. Cruz (2000) afirma que as famílias muito vulneráveis utilizam os serviços em situações extremas, em geral momentos de crises e urgências.

Os profissionais envolvidos nesta pesquisa salientam a angústia pela busca de soluções para os problemas identificados na sua população, porém reconhecem que nem todo problema tem solução na saúde, porque envolve outros aspectos da vida. Segundo Brasil (2013), essa

angústia é gerada pela expectativa de cura, proveniente da formação profissional, e no âmbito da SM é comum não corresponder a tal expectativa. Telles, Pimenta (2009), em estudo sobre o sofrimento do ACS encontraram altos níveis de insatisfação com o trabalho, relacionados com a expectativa colocada na busca pela efetividade. Maia, Silva, Mendes (2011), em revisão bibliográfica sobre Síndrome de Burnout entre os ACS identificaram a sensação de impotência diante dos problemas sociais e econômicos da comunidade. Onoko-Campos et al (2012) afirmam ser comum a sensação de impotência e despreparo entre os profissionais de saúde ao lidarem com a complexidade da SM. Lancman et al (2009) também identificaram que os esforços do profissional pela resolução dos problemas incluíam ações que transcendiam sua função, acabando por tornarem-se fonte de dúvidas e conflitos, gerando sofrimento para o profissional de saúde, uma vez que o alcance parcial de suas ações resultam no não reconhecimento do esforço realizado. Da mesma forma, no presente estudo, o não reconhecimento do seu trabalho pela população, o alcance parcial de suas ações e as dúvidas quanto à assertividade das mesmas, surgiram como estressores para a equipe de saúde da família. Dado semelhante foi encontrado por Feliciano, Kovacs, Sarinhos (2010) e Onoko-Campos (2012). Brasil (2013) suscita a reflexão de que muitos sintomas ou questões que geram sofrimento devem ser acolhidos e suportados (considerando aqui ofertas de suporte adequadas), uma vez que não serão suprimidos.

Feliciano, Kovacs, Sarinhos (2010) em estudo sobre atribuições e autonomia de enfermeiros da ESF, afirmam que o suporte organizacional insuficiente (área física, medicações, capacitações, entre outros), além de forte pressão emocional decorrente de demandas não satisfeitas dos usuários, são motivos de estresse, angústia e desgaste. Dado semelhante foi encontrado por Santos (2007). Feliciano, Kovacs, Sarinhos (2011), em estudo sobre Burnout entre médicos da ESF, afirmam que o suporte organizacional deficiente, associado à constante cobrança institucional por consultas individuais, é fonte de desgaste entre esses profissionais. No presente estudo também foram identificados sinais de desgaste emocional, de toda a equipe de saúde da família, diante do suporte organizacional insuficiente e da sensação de impotência já descrita. Outro ponto de desgaste foi o acesso deficiente aos demais níveis de atenção à SM, encontrado também por Arce et al (2011) e Souza et al (2012).

Os profissionais de saúde percebem o próprio sofrimento no contato com o usuário, observam semelhanças, têm medo de viver algo parecido por percebem-se muitas vezes em situação análoga com a do usuário. Segundo Brasil (2013), é preciso lembrar que o

profissional de saúde também é uma pessoa, com sua historicidade, medos e sofrimentos, que estarão lá no momento do contato com o indivíduo e comunidade. Segundo Andrade, Barreto, Bezerra (2006), o trabalho afeta também quem o exerce. Para Pacheco, Tulha (2012), em todos os encontros com o usuário, o profissional de saúde está sujeito à contaminação confusional com os afetos e ideias do paciente.

Além do sofrimento comum a toda a equipe de saúde, os ACS referem sofrimento relacionado a não formação prévia, ao contato constante com seus usuários, que são moradores do mesmo território, e ao não reconhecimento de seu papel profissional pela população. Da mesma forma, Telles, Pimenta (2009) detectaram que os ACS estavam esgotados emocionalmente, devido ao contato diário com as pessoas que atendem, resultando em tensão emocional. Wai e Carvalho (2009) relatam a sobrecarga identificada pelos ACS com o desempenho de suas atividades mesmo fora do horário de trabalho, já que suas atribuições são mal delimitadas e a maioria tinha dificuldades para impor limites aos pedidos da população, além da falta de privacidade, uma vez que residem no território de trabalho. Martines, Chaves (2007) afirmam que o ACS, como elo entre a equipe de saúde e o usuário tornou-se o responsável por dar respostas à população, porém nem sempre são respostas compatíveis aos desejos dos usuários, gerando conflitos. Identificaram também a dificuldade desse profissional em estabelecer limites para o vínculo, doação de tempo e empenho, condição já incorporada também pelas famílias diante do comportamento heroico do ACS.

Diante da percepção do sofrimento de seus membros, foi identificado que os mesmos buscam formas de se apoiarem e cuidarem enquanto equipe, através do partilhar de casos e angústias, do trabalho em equipe (incluindo o NASF) e da promoção de capacitações e de momentos de descontração em equipe; e individualmente, através da tentativa de distanciamento do sofrimento, do auto cuidado físico e espiritual e do planejamento de suas atividades de trabalho.

Lancman et al (2009) identificaram estratégias de prudência e proteção, individual e coletiva, entre os ACS para se protegerem da violência. Maia, Silva, Mendes (2011) identificaram como estratégias de enfrentamento ao estresse, utilizadas pelo ACS: a prática de atividade física; a busca de suporte social; a partilha com a equipe; o incentivo e a disponibilização de tempo e espaço, pelos gestores, para práticas de cuidado; além da disponibilidade de técnicas terapêuticas e medicações. Feliciano, Kovacs, Sarinho (2011), identificaram como hábitos de proteção individual entre os médicos, conversas com amigos e

familiares, religiosidade, relaxamento, passeios e atividade física, além de leitura de livros de autoajuda e ouvir música. Segundo Moreno et al (2011) adquirir hábitos de vida saudáveis é efetivo na diminuição dos efeitos do estresse profissional. O distanciamento foi identificado também por Lancman et al (2009) como estratégia de auto cuidado. Brasil (2013) e Pacheco, Tulha (2012), discutem que tal distanciamento pode ser devido à angústia do profissional de não disporem de ferramentas para atender a demanda do usuário e da comunidade. Mas o distanciamento pode também produzir a enganosa sensação de proteção do sofrimento (Brasil, 2010b).

Outra estratégia de cuidado individual e com a equipe, citada pelos sujeitos da pesquisa, foi a necessidade de conhecimento, estudo e capacitações em SM. Apenas 8 dos profissionais que participaram da pesquisa afirmam não ter participado de nenhuma capacitação específica em SM, demonstrando acesso a capacitações pela equipe. Mas o início da vida profissional do ACS, sem preparo anterior, foi citado como fonte de sofrimento. Ogata, França (2010) identificaram entre os AE da ESF em seu estudo, ausência de formação em ESF e necessidade de capacitações em serviço. Dalla Vecchia, Martins (2009) também encontraram em seu estudo ausência de formação específica em SM anterior à atuação na ESF, com exceção dos profissionais de nível superior, que tiveram contato com o assunto durante a graduação, o que não abarca toda a complexidade do atendimento em SM no cotidiano da prática assistencial. Pacheco, Tulha (2012) afirmam que médicos, enfermeiros e AE não recebem formação suficiente para lidar com a complexidade advinda dos aprofundamentos de questões afetivas e relacionais de pessoas e famílias. Pereira, Andrade (2000) afirmam que muitas dificuldades e limitações vivenciadas pelos médicos e enfermeiros no cotidiano do trabalho em comunidade devem-se à formação insuficiente desses profissionais diante da complexidade da atuação fora do hospital ou consultório, afinal a formação é voltada para cura de afecções do corpo, não para alívio do sofrimento (Brasil, 2013). Maia, Silva, Mendes (2011), afirmam que os conhecimentos insuficientes na área humana-social são estressores ao profissional ACS. Brasil (2013), Lancetti (2000) afirmam, em diversas oportunidades, a necessidade de capacitação contínua em SM para a equipe da ESF, além dos benefícios do matriciamento da equipe de ESF por equipe de NASF ou de SM.

Apesar de identificadas estratégias de cuidado da equipe de saúde, voltadas ao grupo de trabalho, quando analisados os diferentes papéis de seus membros, o médico é identificado como prescritor e encaminhador, o enfermeiro surge como o ‘resolvedor’ de problemas, e

médico e enfermeiro são apontados como responsáveis pelas decisões difíceis da equipe, demonstrando o afastamento do AE e do ACS das tomadas de decisões.

Feliciano, Kovacs, Sarinhos (2011) identificaram em seu estudo ambiguidades e conflitos entre os médicos diante do desejo de mudanças em suas práticas e da resistência à flexibilização das competências técnicas exigidas na atuação profissional na ESF, bem como ao trabalho em equipe. Feliciano, Kovacs, Sarinhos (2010) identificaram o enfermeiro como referência para soluções de problemas para profissionais de saúde, distritos sanitários e usuários, além de toda carga assistencial e administrativa, sobrecarregando esse profissional, semelhante ao evidenciado por Santos (2007).

Para Maia, Silva, Mendes (2011), o ACS, por ser reconhecido como o trabalhador manual, com menor grau de conhecimento em saúde, seria o membro excluído do processo de tomada de decisão. O mesmo talvez se estenda ao AE, profissional sem formação acadêmica que nesse estudo não foi identificado como participante do processo de tomada de decisões. Em estudo sobre o papel do AE na ESF, Ogata, França (2010) também identificaram o trabalho baseado em procedimentos, porém neste estudo, além dos procedimentos clínicos, ações identificadas como comuns aos AE foram: a escuta qualificada, o vínculo, o atendimento ao usuário voltado à integralidade. Também foi um dos profissionais identificados pelos ACS como apoio no território. Apesar disso, é a categoria profissional, na população estudada, que menos participou de capacitações em SM.

Por outro lado, a equipe de saúde da família reconhece que seu trabalho gera reflexão de sua vida pessoal e prática profissional. Afirma também ser recompensador o atendimento ao usuário em sofrimento psíquico quando se percebe capacitada para o cuidado e acredita que sua ação terá resultado. A experiência, aqui reconhecida como tempo de atuação na ESF (mesmo que em outra função, diferente da atual), é citada como facilitador para esse cuidado, corroborando com Chiaverini (2011) que afirma ser necessário ao profissional da AB segurança para o atendimento de pessoas em sofrimento. Tal segurança é dependente de capacitações permanentes e da experiência de cuidar do outro. Os sujeitos deste estudo têm experiência na ESF, com média de 3,6 anos de atuação, apenas sete deles têm menos de 2 anos de atuação na equipe atual. Segundo Lancetti, Amarante (2007), o trabalho qualificado em conjunto com uma equipe de SM é eficaz, causa alegria e recompensa aos profissionais da AB. Experiência profissional e maturidade do indivíduo são importantes para identificar situações que não podem ser mudadas e resgatar a melhor forma de conduzi-las (Trindade et

al, 2010). Segundo Lancman et al (2009) o processo de trabalho da ESF proporciona a seus profissionais a possibilidade de reunir ao ato técnico atividades inovadoras que geram qualidade de vida à população e oportunidade de desenvolvimento pessoal que gera satisfação e envolvimento profissional com o outro. Santos (2007) identificou entre as enfermeiras da ESF satisfação com os resultados obtidos e com o vínculo estabelecido com a comunidade atendida.

Diante do exposto, é evidente a vulnerabilidade da equipe de saúde da família aos fatores mencionados, uma vez que durante os encontros os profissionais afirmaram catarticamente seu sofrimento com repercussões em sua vida pessoal e em sua saúde física, considerando-se em Burnout, porém com pontos de fortalecimento como a expressão de satisfação, a busca por espaços de cuidado da equipe e auto cuidado, e o reconhecimento de espaço reflexivo da prática acima citados. Casé (2000) também identificou, em sua experiência de trabalho conjunto entre ESF e SM, ânsia da equipe de ESF pelo cuidado à sua SM.

Segundo Trigo (2010), o Burnout é resultado de um processo crônico de exposição ao estresse no trabalho. Trata-se de evento multidimensional, a depender de características pessoais associadas às características do trabalho realizado. É caracterizado por exaustão emocional, distanciamento afetivo e baixa realização profissional. Traz consequências para a instituição em que o indivíduo trabalha, para a qualidade do trabalho realizado, para a sociedade e ao próprio indivíduo e seus familiares.

Trindade et al (2010) encontrou em seu estudo 6,9% dos trabalhadores da ESF acometidos pela Síndrome de Burnout. Feliciano, Kovacs, Sarinhos (2011) afirmam o risco aumentado para Burnout entre a população de médicos participantes de seu estudo, uma vez que se encontravam desgastados, distanciados do trabalho e com vontade de desistir. Diversos autores reconhecem o risco aumentado para Burnout entre os profissionais da ESF (Dalla Vecchia, Martins, 2009; Feliciano, Kovacs, Sarinhos, 2010; Maia, Silva, Mendes, 2011; Moreno et al, 2010).

Este trabalho não teve por objetivo identificar a ocorrência de Burnout entre os profissionais da equipe de saúde da família, porém vale salientar que o sofrimento descrito pela equipe, relacionado com questões referentes à organização do trabalho, à necessidade de capacitação para atuação, à sobrecarga de papéis, à insegurança com o momento institucional vivenciado, com a exposição à violência, à sensação de impotência e irresolubilidade,

demonstrados por meio da expressão de sentimentos de raiva, impaciência, irritabilidade, bem como a afirmação de não ter energia para a vida familiar, deixam claro a vulnerabilidade do profissional da ESF - sendo a vulnerabilidade entendida aqui como a exposição e suscetibilidade ao agravo, considerando as dimensões biológicas, comportamentais e afetivas, do indivíduo e/ou grupo (Ayres, 2009). Além disso, a Síndrome de Burnout foi mencionada pelos participantes da pesquisa, pois estavam participando de reuniões acerca do tema, como descrito anteriormente em Metodologia.

Para o cuidado ao profissional de saúde é essencial o envolvimento dos gestores favorecendo processos organizacionais de suporte ao trabalho das equipes de saúde (Feliciano, Kovaks, Sarinhos, 2010). Moreno et al (2010) salientam a necessidade de não estigmatizar o sofrimento profissional com o trabalho como responsabilidade individual ou de relacionamento profissional-usuário, mas entendê-lo como um problema da organização e processo de trabalho, em constante relação com o indivíduo.

A garantia institucional de um espaço de cuidado do profissional é possível em instituições onde o gestor tem desenvolvidas as habilidades de escuta e interpretação das questões implícitas do processo de trabalho, onde as gestões local e municipal favoreçam a inclusão ativa dos trabalhadores na gestão do seu trabalho (Pacheco, Tulha, 2012), onde o espaço de discussão supere a lógica administrativa (Dalla Vecchia, Martins, 2009).

Cabral et al (2000), Sampaio, Barroso (2000) afirmam que a ESF e o PSM têm sintonias no campo teórico e em seus princípios, estratégias e procedimentos básicos, especialmente ao buscar a integralidade tendo a família e comunidade como locus de atenção à saúde (Gonçalves, 2000). Outros estudiosos fazem a mesma afirmação (Lancetti, Amarante, 2007; Lucchese et al, 2009; Minas Gerais, 2006;), dessa forma, podemos afirmar que os profissionais da ESF são também profissionais de SM, porém sem formação prévia suficiente para a atuação em SM (Pacheco, Tulha, 2012). Brasil (2013) afirma que práticas de atendimento em SM devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da AB, baseado no conhecimento do território e relação de vínculo com a população.

Como tal, faz-se necessário que, além da articulação entre os profissionais da ESF e da SM, que representa campo vivo de ações e reflexões (Arce et al, 2011), que aqueles tenham capacitações contínuas em SM e lhes seja garantido local de cuidado e de discussão da ampliação da prática profissional (Brasil 2013). É necessário cuidado para não confundir tal articulação com um treinamento simplificado em psiquiatria, mas se trata de “construção

recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um eixo epistemológico comum e de um acordo político [...]” (Sampaio, Barroso 2000 p.212)

A ESF, enquanto estratégia de reorganização da prática assistencial pressupõe a ampliação do conceito de saúde e cuidado para além da prática curativa e individualista. Segundo Pacheco, Tullha (2012), tal mudança da prática não pode ser dependente de características pessoais dos profissionais e sugerem a instrumentalização dos profissionais da ESF com as ferramentas já ensinadas aos profissionais de SM, que tem seu tripé de sustentação formado pela análise pessoal, a supervisão e o estudo teórico. Para as autoras, tal tripé deve ser utilizado como inspiração para criar formas de oferecer suporte a espaços de narratividade aos profissionais sem formação específica em SM, através do apoio matricial de profissional de SM.

Aos profissionais de SM é garantido esse local por meio da supervisão, que segundo Mascarenhas (1989 p.62):

“[...] é um lugar de expressão de dúvidas, angústias, dificuldades técnicas, pessoais ou de conhecimentos mais ou menos sistematizados, onde se encontram interlocutores, onde se compartilham e se elaboram essas questões. Podemos chamar de terapia do papel profissional. Lugar privilegiado de articulação da teoria e da prática.”

Dalla Vecchia, Martins (2009) afirmam que a supervisão externa, enquanto instrumento educativo e terapêutico é eficaz em acolher as angústias do trabalhador e geradora de reflexão da atividade cotidiana. Na ESF a reunião multiprofissional ainda tem a vantagem de reunir diferentes saberes no planejamento, avaliação e reflexão sobre o processo de trabalho (Pacheco, Tulha, 2012). A garantia de espaço de supervisão potencializa trocas, aprendizado, reflexão e avaliação das práticas, mobilizando a equipe a ponto de inovar a ação em saúde (Conte, 2012).

Esse trabalho sugere, bem como em Souza et al (2012), que as discussões entre os profissionais incentivem reflexões críticas sobre o TM, a sociedade, suas relações, com o objetivo de partilhar ideias e reconstruí-las, formular sistemas de significados, instrumentos de intervenção e projetos em comum, além de suscitar a reflexão acerca da prática cotidiana.

Ao propor-se atuar na lógica da integralidade, a ESF assume um imenso desafio: acolher não somente o sofrimento físico como também o mental. Sendo assim, os próprios

profissionais colocam-se em situação de vulnerabilidade para o sofrimento, sem, entretanto, terem espaços legitimados para seu próprio cuidado integral.

Autoria desconhecida

CONCLUSÃO

6.0 CONCLUSÃO

O presente trabalho alcançou seus objetivos. Foram identificados o conceito de sofrimento psíquico para os sujeitos da pesquisa, a ocorrência do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, os papéis dos diferentes membros da equipe de saúde da família e as estratégias utilizadas pela equipe de saúde na prática do cuidado cotidiano ao usuário em sofrimento psíquico.

Por outro lado foi evidenciada também a resposta para uma pergunta feita por diversos colegas no início deste trabalho: você está pesquisando o sofrimento de quem? Do trabalhador ou do usuário? O reconhecimento da vulnerabilidade do profissional de saúde trouxe luz para esse importante fenômeno: as repercussões do contato íntimo com o sofrimento do outro na SM do profissional de saúde da ESF. Nesse trabalho não foi possível falar do sofrimento do outro sem falar do próprio sofrimento. Tal resposta não fazia parte dos objetivos da pesquisa.

Uma experiência catártica. Cada grupo focal, cada encontro, uma oportunidade de compartilhar sofrimentos próprios, trocar experiências, expor suas próprias vulnerabilidades. As falas, mas também as expressões intensas de emoções, dúvidas e sofrimentos pessoais, evidenciaram a urgência do estabelecimento de espaços legitimados de cuidado para a equipe de saúde da família.

A organização do trabalho na ESF favorece a ampliação da percepção das necessidades de saúde da população. O reconhecimento do sofrimento em sua população e os instrumentos de cuidado utilizados deixam clara a opção da equipe de saúde pelo cuidado centrado na pessoa, pela busca da integralidade da atenção à pessoa em sofrimento, em consonância com as diretrizes da inclusão da SM na AB. As estratégias de cuidado com a equipe e de auto cuidado evidenciam também o reconhecimento da necessidade de proteção dos profissionais de saúde diante de sua atividade cotidiana, uma vez que se deparam no dia a dia de trabalho com a miséria, a violência, com o suporte organizacional e o trabalho em rede insuficientes, tornando-se vítimas da forma de organização do trabalho e de sua formação biologicista e onipotente (ou até a falta dela, como no caso dos ACS), insuficiente ao se tratar da complexidade da SM e da própria vida com todas as esferas que a compõem, onde nem sempre se alcançará a ‘cura’, onde nem sempre os problemas serão resolvidos, mas vivenciados. Tais dificuldades demonstram que a organização do trabalho, por sua vez, não segue as diretrizes da inclusão da SM na AB.

Evidencia-se, portanto, a necessidade do desenvolvimento de estratégias de cuidado para toda a equipe de saúde da família, de desenvolver um olhar integral ao profissional de saúde, a mesma integralidade almejada na relação profissional de saúde-usuário. É importante a garantia institucional de um espaço em que o trabalhador possa discutir sua subjetividade e a organização do trabalho, da cooperação, das vivências cotidianas.

A busca pela resposta quanto aos papéis dos diferentes membros da ESF no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, demonstrou que as estratégias utilizadas são comuns a todos os profissionais de saúde, porém evidenciou a responsabilidade dos membros com formação universitária pela tomada de decisões difíceis, uma vez que os demais membros se eximiam de tal responsabilidade.

Considerando a evidência do sofrimento da equipe de ESF e a importância e ganhos - para profissionais de saúde, instituição e usuários - da garantia de espaço de supervisão, a proposta de intervenção do presente estudo é a sugestão da implementação de um espaço legitimado institucionalmente para o cuidado da equipe de ESF. Espaço em que seja possível a elaboração dos sentimentos e emoções despertados no trabalho cotidiano, nas relações com colegas de trabalho, com usuários, famílias e comunidade; em que seja possível a instrumentalização teórica e prática dos casos e dificuldades encontradas no dia a dia; em que seja possível traçar planos e propor ações de aproximação da rede de atenção à SM.

Considerando a forma de organização das reuniões entre as equipes de ESF e NASF, já descrita em Metodologia, a proposta subsidiada pelos achados deste estudo, é que mensalmente a reunião de NASF com a equipe de ESF tenha por propósito ser o local de expressão de dúvidas, angústias, dificuldades pessoais da equipe de ESF, de forma sistematizada, tendo o profissional de SM do NASF como apoiador e mediador nesse processo. Considero que as dificuldades técnicas já são amplamente discutidas e trabalhadas entre a ESF e o matriciamento pelo NASF, por isso o enfoque na subjetividade do profissional de saúde deve ser priorizado e incentivado.

Outra proposta é a ampliação do cuidado de prevenção da Síndrome de Burnout, já realizado pela instituição empregadora aos ACS e auxiliares administrativos (como descrito em Metodologia), para os demais membros da ESF.

Proposta 1: Instituição de espaço legitimado de supervisão aos profissionais da ESF

Passos para a intervenção:

1. Apresentação das propostas para a gerente da UBS em reunião a ser agendada;
2. Apresentação da proposta para a equipe NASF, em reunião a ser agendada preferencialmente em dia que a equipe reúne-se semanalmente, promovendo discussão da proposta com a equipe NASF para organizar sua implementação;
3. Apresentação da proposta para a equipe de saúde em reunião técnica realizada semanalmente na UBS, com espaço para sugestões da equipe de saúde, para efetivação do espaço de cuidado ao profissional de saúde;
4. Institucionalização do espaço de supervisão mensal em reuniões entre as equipes ESF e NASF;
5. Avaliação da intervenção semestralmente com as equipes ESF e NASF.

Proposta 2: Ampliação do cuidado de prevenção da Síndrome de Burnout a toda a equipe de ESF:

Passos para a intervenção:

1. Apresentação da pesquisa e seu resultado para a instituição empregadora com a sugestão de ampliação do projeto de cuidado de prevenção de Burnout para toda a equipe de saúde.

A literatura é vasta ao tratar do sofrimento do profissional de saúde da ESF, especialmente do ACS, porém como constatado no presente estudo, o sofrimento atinge a todos os profissionais da ESF. Faltam estudos que aprofundem o papel do AE na ESF, especificamente no atendimento em SM.

No mestrado profissional objetiva-se a identificação de problemas da prática cotidiana, sua análise aprofundada diante de referências teóricas e a proposição de abordagens para a resolução do problema e qualificação da prática profissional, sendo esse um importante diferencial, uma vez que a literatura é vasta ao se tratar da identificação do sofrimento profissional, porém sem sugestões de proposições para a prática. Sendo assim, fica clara a importância desse trabalho na construção e fortalecimento da APS no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida ES, Zioni F, Chioro A. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES organizadores. Gestão dos serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: Edusp; 2001.

Andrade LH, Wang YP, Andreone S, Silveira CM, Silva CA, Siu ER, et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental health Survey Brasil. Plos One. 2012; 7(2): 1-11. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0031879>. Acesso em: 03/05/2014.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 783-836.

Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. Rev. Latinoam. Enf. 2011;19(2):1-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_17.pdf. Acesso em: 27/03/2014.

Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da saúde mental no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. Physis. 2011; 21(2): 541-560.

Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Pereira MJB, Jorge MSB. Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família de um município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros; p.39-58. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>. Acesso em: 17/03/2014.

Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde e Soc. 2009; 18 Supl 2: S 11-23

Bardin L. Análise de Conteúdo: edição revista e actualizada. Lisboa: Edições 70; 2009.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Programa Saúde da Família. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2001. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: 22/03/2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. Acesso em: 26/03/2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, DAPE, Coordenação Geral da Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados. Brasília; 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais para os Pactos pela vida, em defesa dos SUS e de Gestão. Brasília; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Declaração de Alma Ata. Alma-Ata; 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em 31/03/2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. (Série pactos pela saúde, v4). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 27/03/2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília; 2009 (Coleção Humaniza SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 01/10/2015.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n.27 – Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 27/03/2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, DAPES, Coordenação Geral da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica – relatório de gestão 2007-2010. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf. Acesso em: 27/03/2014.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Brasília; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.34). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 28/03/2014.

Brasil. Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial a pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/daniela/Documents/mestrado/portaria%203088.html>. Acesso em: 02/01/2015.

Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13/06/2013.

Cabral B, Lucena M, Oliveira M, Gouveia M, Freitas P, Pereira S, Câmara S. Estação comunidade. In: Lancetti A, organizador. Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec; 2000. v.7. p.137-153.

Campos CEA. A organização dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Rev Bras Med Fam. Comunidade. 2006; 2(6):131-47. Disponível em: http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/120331/10734/A_organizacao_dos_servicos_de_Atencao_Primaria_a_Saude_no_Brasil.pdf. Acesso em 30/03/2014.

Casé V. Saúde Mental e sua interface com o Programa de Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: Lancetti A, organizador. Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec; 2000. v.7. p. 121-136.

Chiaverini DH, organizadora. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Ministério da Saúde. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 25/04/2014.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pub. 2008; sup 7-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>. Acesso em: 30/03/2014.

Conte M. A supervisão clínico-institucional em caps álcool e drogas: algumas tessituras na articulação da psicanálise e a saúde coletiva. In: Neto MLR, Reis AOA, Cartaxo JS, Loiola ME, Feitosa UNS, organizadores. Saúde Mental Coletiva clínica e vulnerabilidades. Salto: Schoba; 2012.

Comte-Sponville A. A felicidade, desesperadamente. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Costa NR. Lutas urbanas e controle sanitário. Petrópolis: Vozes; 1985.

Cruz MLS. Realidades escondidas. In: Lancetti A, organizador. Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec; 2000.v.7. p. 59-79.

Dalla Vecchia M, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):183-193.

Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições de autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(3):520-7.

Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(8):3373-3382.

Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011; 33(2): 150-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462011000200010&script=sci_arttext. Acesso em: 26/04/2014.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. *Cad Saúde Púb.* 2006; 22(6): 1171-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600006&script=sci_arttext. Acesso em 27/03/2014.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 22ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.p. 67-80.

Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, Ballester D, Fortes S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Púb.* 2014; 30(3): 623-632. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000300623&script=sci_arttext. Acesso em: 27/04/2014.

Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para o Programa de Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Púb.* 2008; 24(9): 2043-2053. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000900010&script=sci_arttext. Acesso em: 26/04/2014.

Gonçalves PL. A unidade de referência e a equipe volante. In: Lancetti A, organizador. *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec; 2000.v.7. p. 109-116.

Koury MGP. Sociologia da emoção: o Brasil urbano sob a ótica do luto. Petrópolis: Vozes; 2003. A constituição de uma nova sensibilidade; p. 19-52.

Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 615-635.

Lancetti A. *Saúde e Loucura v7*. São Paulo: Hucitec; 2000. Saúde Mental nas entranhas da metrópole; p. 11-52.

Lancman S, Ghirard MIG, Castro ED, Tuacek TA. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Púb.* 2009; 43(4): 682-688.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização das redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011;20(4):867-864. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_arttext. Acesso em: 27/03/2014.

Lucchese R, Oliveira AGB, Concianni ME, Marcon SR. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(9): 2033-2042. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>. Acesso em: 30/04/2014.

Maia LDG, Silva ND, Mendes PHC. Síndrome de Burnolt em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação prática. Rev.Bras.Saúde Ocup. São Paulo. 2011; 36(123):93-102.

Magalhães Junior HM, Oliveira RC. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS; 2006. p. 51-64.

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB, Schneider JF, Olschowsky A. Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. Rev.Pes.Cuid.Fund.Online. 2012; 4(4): 3105-3117.

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa de Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Púb. 2006; 22(8):1639-1648. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12.pdf>. Acesso em: 09/06/2014.

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. Rev. Esc. Enf. USP. 2007; 41(3): 426-433. Disponível em: www.ee.usp.br/reeups. Acesso em: 27/09/2015.

Mascarenhas P. Supervisão, múltiplas visões. Ensinando e aprendendo. In: Lancetti A, organizador. Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec; 1989.v.1. p. 61-8.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: OPAS/OMS/CONASS; 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>. Acesso em: 04/04/2014.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. OPAS/OMS/CONASS. Brasília; 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 19/05/2014.

Merhy EE. Integralidade: implicações em xeque. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educs; 2006. p. 97-109.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. Salvador: UFBA; 2009. p. 29-56. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Acesso em: 20/03/2014.

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde, Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte; 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>. Acesso em: 02/04/2014.

Minayo MCS. Pesquisa Social. São Paulo: Vozes, 1992. Ciência, Técnica e arte: o desafio da pesquisa social; p. 9-29.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. Técnicas de Pesquisa; p. 261-297.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. Técnicas de Análise do Material Qualitativo; p.303-309.

Moreno FN, Gil GP, Haddad MCL, Vanucchi MTO. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de Burnolt. Rev. Enf. UERJ. 2011; 19(1):140-5.

Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no programa de saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitárias. Cad. Saúde Púb. 2007; 23(10): 2375-2384.

Ogata MN, França Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Acta Paul. Enf. 2010; 23(4):506-11.

Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. Rev. Saúde Púb. 2012; 46(1):43-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf> Acesso em 15/01/2015.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: CLIMEPSI; 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 20/03/2014.

Organização Mundial de Saúde. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. 2004. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf. Acesso em: 26/04/2014.

Organização Mundial de Saúde. Salud Mental y Desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf. Acesso em: 10/04/2014.

Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de la salud em las Américas: documento de posición de la Organización. 2007. Disponível em: http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf. Acesso em: 02/06/2014.

Pacheco JA, Tulha M. A prática de apoio em saúde mental e o desafio da sustentação de espaços de narratividade na Estratégia Saúde da Família. In: Neto MLR, Reis AOA, Cartaxo JS, Loiola ME, Feitosa UNS, organizadores. Saúde Mental Coletiva clínica e vulnerabilidades. Salto: Schoba; 2012.

Pereira AA, Andrade LOM. Rede integral de atenção a saúde mental de Sobral, Ceará. In: Lancetti A, organizador. Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec; 2000.v.7. p.167-197.

Ramos LS. Entre fios e dobras: o tecer da reforma psiquiátrica no município de Santa Maria/RS [Dissertação]. Santa Maria: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2009.

Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Cont. Enf.* 2008; 17(4): 779-786. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>. Acesso em: 13/08/2014.

Sampaio JJC, Barroso CMC. Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: Lancetti A, organizador. *Saúde e Loucura*. São Paulo: Hucitec; 2000.v.7. p. 199-220.

Santos JLG, Vieira M, Assuiti LFC, Gomes D, Meireles BHS, Santos SMA. Riscos e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Rev. Gaúcha de Enf. Porto Alegre*. 2012; 33(2): 205-212.

Santos CV. A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente – Sapopemba: um estudo de caso. 2007. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde.../Viviane_Camargo.pdf. Acesso em: 27/01/2015.

Santos IMV, Santos AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. *Rev. Salud Publica*. 2011; 13(4):703-716. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a15.pdf>. Acesso em: 03/02/2015.

Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 2001.

Silva JA, Dalmaso, ASW. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão da literatura brasileira. *Saúde e Soc. São Paulo*. 2012; 21(4): 1022-1034.

Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 07/03/2014.

Sucupira ACSL, Frank T. Hiperatividade e déficit de atenção. In Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1924-1934.

Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnolt em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde Sociedade São Paulo*. 2009; 18(3):467-478.

Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 777-796. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13/08/2014.

Trigo TR. Síndrome de Burnolt ou esgotamento profissional: como identificar e avaliar. In Glina DMR, Rocha LE organizadoras. *Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca; 2010. p. 160-175.

Trindade LL, Lautert L, Beck CLC, Amestoy SC, Pires EDP. Estresse e síndrome de Burnolt entre trabalhadores da equipe de saúde da família. *Acta Paul. Enf.* 2010; 23(5):684-9.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas SA; 1992. Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa; p. 91-115.

Vasconcellos NPC, Costa-Val RC. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de Lagoa Santa – MG. Rev. APS. 2008; 11(1):17-28. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/017-028.pdf>. Acesso em: 15/09/2015.

Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. PHYSIS. 2005; 15Supl:S225-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>. Acesso em: 14/03/2014.

Wai MFP, Carvalho AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. Rev. Enf. UERJ. 2009; 17(4):563-8. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a19.pdf. Acesso em: 15/09/2015.

ANEXO 1

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PESQUISA: A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da
Equipe de Saúde da Família

Pesquisadora: Daniela Cristina Profitti de Paiva

Orientadora: Profa. Dra. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

O presente instrumento foi elaborado com a finalidade de conhecer a população do estudo. Os dados serão utilizados de forma categorizada e mantidas em sigilo as informações pessoais. Pedimos sua colaboração em responder às questões abaixo.

Obrigada, Daniela.

1. Sexo:
2. Idade:
3. Formação:
4. Cargo:
5. Tempo de exercício da função:
6. Tempo de atuação nesta equipe:
7. Já participou de algum curso em saúde mental? Se sim, qual?

ANEXO 2:**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

PESQUISA: A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da Equipe de Saúde da Família

Pesquisadora: Daniela Cristina Profitti de Paiva

Orientadora: Profa. Dra. Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa: *A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da Equipe de Saúde da Família*. Este estudo tem por objetivo conhecer a experiência da equipe de saúde da família no atendimento ao usuário em sofrimento, bem como evidenciar tal demanda e propor avanços para a prática assistencial.

Será realizado um encontro entre a pesquisadora e a equipe de saúde da família em que será aplicada uma atividade em grupo com duração de 1 hora aproximadamente. A atividade será gravada para posterior transcrição e análise dos dados. O material gravado permanecerá guardado e em segredo, e sua identidade em sigilo.

Esclarecemos que sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento, mesmo após assinatura desse termo, sem prejuízo algum. Informamos que os resultados da pesquisa serão transformados em trabalhos científicos, não havendo identificação dos participantes.

Esta pesquisa não trará benefícios financeiros aos participantes. Seus riscos serão mínimos, uma vez que envolve disponibilização de tempo da equipe de saúde da família.

Participação na Pesquisa:

Eu, _____, declaro que tomei ciência da pesquisa a ser realizada e aceito participar voluntariamente.

Em caso de dúvidas ou de desistência de participação, entrarei em contato com a pesquisadora pelo e-mail: danielaprofitti@usp.br ou telefones: 98438 9107; 3712 1387; 3539 4690.

Esse documento possui duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra da pesquisadora Daniela Cristina Profitti de Paiva.

São Paulo, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas, esclarecimentos ou reclamações quanto aos aspectos éticos dessa pesquisa favor entrar em contato com a pesquisadora e/ou os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) envolvidos: CEP EEUSP: e-mail: edipesq@usp.br - telefone: (11) 3061-7548; CEP SMS SP: e-mail: smscep@gmail.com – telefone: (11) 3397-2564, endereço: Rua General Jardim, 36 1º andar

ANEXO 3:

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PESQUISA: A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da
Equipe de Saúde da Família

Pesquisadora: Daniela Cristina Profitti de Paiva

Orientadora: Profa Dra Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryshek

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL:

1. O que vocês entendem por sofrimento psíquico?
2. Qual sua experiência no atendimento a usuários em sofrimento psíquico?
3. Quais as dificuldades e facilidades encontradas no dia a dia, no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico?
4. Como o atendimento ao usuário em sofrimento psíquico influencia em seu dia de trabalho?
5. Quais estratégias você utiliza no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico?

ANEXO 4: **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Pesquisador:** Daniela Cristina Profitti de Paiva**Título da Pesquisa:** A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da Equipe de Saúde da Família**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da USP**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 39150414.7.0000.5392**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 952.227**Data da Relatoria:** 09/02/2015**Apresentação do Projeto:**

Trata-se estudo qualitativo, exploratório descritivo que será realizado na UBS Engenheiro Guilherme H. P. Coelho (UBS Vila Dalva), município de São Paulo a fim de conhecer a experiência da equipe de saúde da família no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico. Serão convidados a participar do estudo os integrantes de quatro das cinco equipes de saúde da família da UBS Vila Dalva. A equipe excluída do estudo é a equipe em que a pesquisadora atua profissionalmente a fim de manter a confiabilidade dos dados obtidos. A investigação será dividida em duas etapas: 1. Aplicação de questionário de caracterização dos participantes e 2. Coleta de dados por meio de realização de Grupo Focal com os membros das equipes de saúde da família. Os sujeitos da pesquisa participarão de um encontro com a pesquisadora após assinatura do TCLE, em data previamente agendada, no local de trabalho da equipe. A atividade será gravada para posterior transcrição e análise dos dados.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Conhecer a experiência da equipe de saúde da família no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico

Objetivo Secundário:

- Identificar a percepção de sofrimento psíquico para a equipe de saúde da família;
- Identificar a percepção da ocorrência de atendimento a usuário em sofrimento psíquico para a equipe de saúde da família;
- Identificar papéis exercidos pelos diferentes membros da equipe de saúde da família no atendimento a usuários em sofrimento psíquico;
- Identificar facilidades e dificuldades encontradas pela equipe de saúde da família no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo pode gerar desconforto aos participantes pela possibilidade de evidenciar fragilidades pessoais e da equipe de saúde da família, além da possibilidade de mobilizar sentimentos de impotência perante o atendimento a usuários em sofrimento psíquico.

Benefícios: Ao conhecer as experiências das equipes de saúde pretende-se evidenciar a realidade do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico entre as prioridades na prática assistencial, facilitando o desenvolvimento de tecnologias que promovam cuidado à saúde de qualidade para usuários e profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo traz contribuições no âmbito da saúde mental e atenção básica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dirigido aos participantes do estudo está redigido em linguagem adequada em formato de convite. Informa o objetivo do estudo; assegura o anonimato e a liberdade de participação; descreve como será o processo para a coleta de dados; a possibilidade de riscos e desistência a qualquer momento, sem prejuízos; os contatos da pesquisadora e do CEP; e que o mesmo será assinado em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para o participante.

Recomendações: Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Os apontamentos realizados por este CEP foram atendidos. Não há óbices éticos.

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição coparticipante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

SAO PAULO, 11 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548
Fax: (11)3061-7548
Email: edipesq@usp.br

ANEXO 5:

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP **Elaborado pela Instituição Coparticipante**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Pesquisador: Daniela Cristina Profitti de Paiva

Título da Pesquisa: A experiência do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico no cotidiano da Equipe de Saúde da Família

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39150414.7.3001.0086

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.205.083

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de metodologia qualitativa exploratória descritiva, que será realizado na UBS Engenheiro Guilherme H. P. Coelho – UBS Vila Dalva sob responsabilidade da Supervisão de Saúde do Butantã, da Coordenadoria Regional Centro Oeste do município de São Paulo. Atualmente a UBS possui as cinco equipes de saúde da família completas e conta com o apoio matricial do NASF desde 2010. Trata-se também de unidade de ensino.

Serão convidados a participar do estudo os integrantes de quatro das cinco equipes de saúde da família da UBS Vila Dalva. A equipe excluída do estudo é a equipe em que a pesquisadora atua profissionalmente a fim de manter a confiabilidade dos dados obtidos.

A investigação será dividida em duas etapas:

1. Aplicação de questionário de caracterização dos participantes (Anexo 1) e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2).
2. Coleta de dados por meio de realização de Grupo Focal com os membros das equipes de saúde da família.

Neste trabalho, os grupos serão compostos por todos os membros da mesma equipe de saúde da família em reuniões a serem agendadas previamente com a equipe e será seguido roteiro norteador (Anexo 3).

As reuniões se darão na própria unidade de saúde favorecendo o deslocamento dos profissionais. As entrevistas serão gravadas digitalmente e posteriormente transcritas.

Para análise dos dados obtidos será utilizada técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Os sujeitos da pesquisa participarão de um encontro com a pesquisadora após assinatura do TCLE, em data previamente agendada, no local de trabalho da equipe, onde será aplicada uma atividade em grupo com duração de 1 hora aproximadamente. A atividade será gravada para posterior transcrição e análise dos dados. O material gravado permanecerá guardado e em sigilo. Não haverá identificação dos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a experiência da equipe de saúde da família no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico

Objetivo Secundário:

- Identificar a percepção de sofrimento psíquico para a equipe de saúde da família;
- Identificar a percepção da ocorrência de atendimento a usuário em sofrimento psíquico para a equipe de saúde da família;
- Identificar papéis exercidos pelos diferentes membros da equipe de saúde da família no atendimento a usuários em sofrimento psíquico;
- Identificar facilidades e dificuldades encontradas pela equipe de saúde da família no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Essa pesquisa oferece riscos de desconforto, relacionado à disponibilidade de tempo da equipe de saúde da família em participar da coleta de dados.

Benefícios: Conhecer o cotidiano do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico na atenção básica. Proposição de ações, baseadas nesse conhecimento, que promovam cuidado à saúde de qualidade para usuários e profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa foi analisada, tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador. Há benefícios previstos na realização do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	autorização cresco.pdf	23/11/2014 17:23:11		Aceito
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_385013.pdf	23/11/2014 17:42:53		Aceito

do Projeto				
Folha de Rosto	CCF26112014_00000.jpg	26/11/2014 14:47:45		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_385013.pdf	26/11/2014 14:48:40		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle pendencia plataforma.docx	10/01/2015 15:50:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mp v4 versão pendencias plataforma.docx	10/01/2015 15:52:52		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_385013.pdf	10/01/2015 15:54:34		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_536025_E1.pdf	11/06/2015 18:37:32		Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

SAO PAULO, 28 de Agosto de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464
E-mail: smscep@gmail.com