**UNIVERSIDADE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VALMIR RYCHETA CORREIA

**O PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

**SÃO PAULO
2011**

VALMIR RYCHETA CORREIA

**O PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL.**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Enfermagem no Programa
Interunidades de Pós-Graduação

Área de Concentração:
Enfermagem

Linha de pesquisa: Prática Social e
Profissional em Saúde: Estudos sobre
a análise histórica, social e filosófica
das práticas de saúde e de
enfermagem e suas relações com as
políticas públicas, em nível nacional e
internacional

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Sônia Barros

**SÃO PAULO
2011**

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

Correia, Valmir Rycheta

O profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental. / Valmir Rycheta Correia. – São Paulo, 2011.
181 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Barros

1. Saúde mental 2. Serviços comunitário de saúde mental 3. Saúde pública I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Valmir Rycheta Correia

Título: O profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem no Programa Interunidades de Pós-Graduação

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Sônia Barros
(Orientadora)

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Aos meus três filhos *Ivan, Alexandre e Sofia* pelo estímulo e colaboração.

À *Jamara* pela presença constante e

Aos profissionais das equipes de saúde da família que colaboraram com seus depoimentos para a compreensão do cuidado em saúde mental.

AGRADECIMENTOS

À Deus.

Expresso aqui meus agradecimentos de forma que possa alcançar a todos que colaboraram para a finalização deste estudo e, em especial, para o Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – por meio de sua Coordenadora Profª Drª Dulce Maria Rosa Gualda.

A minha orientadora Profª Drª Sônia Barros, meu eterno agradecimento, responsável pela concretização desta pesquisa e minha continuidade na área de ensino na atenção em saúde mental, a minha imensa gratidão, pois nos momentos mais difíceis desta jornada sempre esteve ao meu lado oferecendo apoio e incentivo.

A Profª Drª Luciana de Almeida Colvero pelo incentivo e exemplo de postura profissional na saúde mental.

A Profª Drª Lislaine Aparecida Fracoli agradeço pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos funcionários da biblioteca Wanda de Aguiar Horta: Clotilde Aparecida Collares Silva, Jamil Abuyagui Vieira, Alexandre de Oliveira Marques, pelo auxílio na busca das referências.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica: Silvana, Dayse, Lúcia, Regiane, Marcelo, Lívia, Betânia e Márcia, pelo apoio, orientações prestadas durante este período.

A Profª Drª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira pelo acolhimento e no auxílio em busca de um lar, onde eu pudesse morar.

Às colegas do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem pelo companheirismo e amizade.

Aos docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá pela cooperação em possibilitar o afastamento para a Pós-Graduação.

E, em especial, à Profª Drª Maria Angélica Pagliarini Waidman, colega da disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica pelo estímulo e colaboração.

À Profª Drª Eliane Aparecida Sanches Tonolli e à Profª Drª Marieta Fernandes Santos, pelas valiosas contribuições.

Não podendo deixar de mencionar os docentes que juntos me levaram a prosseguir e ter esperanças no ser humano – meus amigos Herbert Leopoldo de Freitas Goes, Regina Lúcia Dalla Torre Silva, Thaís Botelho Junqueira, Maria Rita de Almeida Garcia e Márcia Helena de Souza Freire.

Aos profissionais das Unidades de Saúde da Família do município de Maringá que prontamente responderam aos meus questionamentos sobre a atenção à saúde mental.

Aos meus familiares e amigos que juntos me incentivaram a prosseguir nos momentos difíceis desta trajetória da Pós-Graduação – minhas queridas Jamara e Sofia minha eterna gratidão e aos meus filhos Ivan e Alexandre o meu agradecimento pelo companheirismo e colaboração.

Ao CNPQ pela possibilidade de cursar a pós-graduação fora do meu domicílio por meio da concessão de bolsa para atender as necessidades financeiras.

Enfim, a todos os funcionários das Instituições de Ensino Superior que colaboraram com a finalização desta pesquisa: a que me acolheu – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a que permitiu meu afastamento – Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – o meu muito obrigado.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

(Leonardo Boff)

Correia VR. O Profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

A proposta de Reforma Psiquiátrica vem modificando a assistência ao portador de transtorno mental nas últimas décadas. Com a desinstitucionalização do doente mental, emergem novos paradigmas com grandes desafios a todos os atores sociais envolvidos na construção da cidadania e na busca da reabilitação psicossocial. Surgem novos conceitos do processo saúde-doença, novas redes de assistência, alocação de recursos como também a implantação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e ainda diretrizes do Ministério da Saúde determinando que as ações, no campo da saúde mental, sejam realizadas na atenção básica, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF passa a ser uma importante ferramenta no processo saúde-doença no que diz respeito ao cuidado integral do ser humano visando à promoção, prevenção, proteção e recuperação tanto das doenças físicas, sociais quanto mentais. Assim, o objetivo deste trabalho é compreender as necessidades da ESF para desenvolver as ações de saúde mental na comunidade e identificar as ações desenvolvidas pelas equipes da ESF frente aos portadores de transtornos mentais e seus familiares. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que foi desenvolvida por meio de entrevista semiestruturada realizada com os membros das equipes da ESF, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise. O material foi analisado por meio da Análise Discurso sob a ótica do referencial teórico do materialismo histórico e dialético. Emergiram das entrevistas três categorias: Processo Saúde Doença-Mental; Família; Processo de Trabalho. Os discursos dos informantes revelaram que os profissionais ESF mantêm a prática da psiquiatria tradicional centrado nas consultas, na medicação e nos exames, sendo esse o principal instrumento para a produção de saúde, e exercício das práticas destes profissionais está baseado no diagnóstico psiquiátrico; é incipiente o número de profissionais que se mobiliza a desenvolver ações voltas ao acolhimento e a escuta; realizam atividades grupais e relatam que existe a necessidade de ampliar seus conhecimentos na área de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Promoção da saúde. Saúde da família. Profissional da saúde.

Correia VR. The professional of the family health strategy in the promotion of the mental health [thesis]. São Paulo (SP): School of Nursing, University of São Paulo; 2011.

ABSTRACT

The proposed Psychiatric Reform has changed how mental health patients have been assisted in recent decades. With the deinstitutionalization of mental health patients, new paradigms have emerged offering great challenges to all social actors involved in constructing citizenship and to the search for psychosocial rehabilitation. New concepts of the health-disease process have appeared, along with new assistance networks, allocation of resources, as well as the creation of Psychosocial Care Centers – CAPS, and Health Ministry guidelines stipulating that actions in the mental health field be undertaken at the basic care level – at Basic Health Units (UBS) – and through the Family Health Strategy (ESF). ESF has become an important tool in the health-disease process with regard to integral care aiming for the promotion, prevention, protection and recovery of physical, social and mental illness. Thus, the objective of this work is to comprehend the needs of ESF to develop mental health actions in the community and identify the actions developed by ESF teams with regard to mental health patients and their relatives. It is a qualitative research, to be developed through semi-structured interviews with members of the ESF teams; the interviews were recorded and fully transcribed for analysis. O material foi analisado por meio da Análise Discurso sob a ótica do referencial teórico do materialismo histórico e dialético. The material was analyzed through discourse analysis under the theoretical framework of historical and dialectical materialism. Three categories emerged from the interviews: Health-Mental Illness process; Family; Work Process. The discourses of the informants revealed that ESF professionals keep traditional psychiatric practice centered on consultations, medication and exams, making it the main tool for health production, with the exercise of these professionals' practice based on psychiatric diagnosis; the number of professionals who mobilize to develop actions focusing on welcoming and listening is still incipient; they perform group activities and report the need to broaden their knowledge on the field of mental health.

KEYWORDS: Mental health. Health promotion. Family health. Health professional.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
ESF	Estratégia Saúde da Família
EESF	Equipe de Saúde da Família
F.Sesp	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
HD	Hospital Dia
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidades Básicas de Saúde
VD	Visita Domiciliar
SF	Saúde da Família

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	CONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO: DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL	19
2.1	REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DO SUS	20
2.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	25
2.3	ATENÇÃO BÁSICA, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL	32
2.4	A FAMÍLIA DO DOENTE MENTAL	45
2.5	DELINEAMENTO DO PROBLEMA	47
3	PERCURSO METODOLOGICO	57
3.1	CATEGORIA ANALÍTICA	63
3.1.1	Ideologia	63
3.1.2	Atenção Domiciliar	66
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	68
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA	70
3.4	COLETA DE DADOS	71
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	73
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO.	75
4.1	PROCESSO SAÚDE/DOENÇA MENTAL	76
4.1.1	As Concepções	78
4.1.2	Estigma e Preconceito	82
4.1.3	As Intervenções no Processo de Adoecimento	86
4.1.4	O Modelo	90
4.1.5	O Diagnóstico	92
4.1.6	A Integralidade	94
4.2	A FAMÍLIA	96
4.2.1	O Contexto Familiar	98
4.2.2	Assistência ao Cuidador	103
4.3	PROCESSO DE TRABALHO	110
4.3.1	Finalidade	114
4.3.2	Autonomia	114
4.3.3	Encaminhamento	117
4.3.4	Objeto do Trabalho	124
4.3.5	Instrumentos	127
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	149

REFERÊNCIAS	156
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	175
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS DEPOENTES	176
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS INTEGRANTES DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF	177
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANO	179
ANEXO B - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	180
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	181

CAPÍTULO 1

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Docente da área de saúde mental, desde os anos 80, sempre estive acompanhando ou engajado nos movimentos sociais que ocorrem na psiquiatria, com a finalidade de promover mudança curricular no ensino assim como proporcionar uma adequada assistência aos portadores de transtornos mentais e ainda orientações mais adequadas aos familiares e profissionais envolvidos na área.

Até meados da década de 90, ocorria entre os docentes da disciplina, de que faço parte, uma inquietação, pois percebíamos claramente a dicotomia entre a teoria e a prática, um abismo entre o que ensinávamos e a prática na assistência oferecida nos locais de estágios aos portadores de transtornos mentais.

Nesse período, iniciei o Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, quando ampliei os conhecimentos sobre a reforma psiquiátrica, discussões sobre novos modelos de assistência dentro e fora do Brasil, modificando paradigmas, passando a acreditar que a prática poderia ser diferente.

Ao retornar do Mestrado, o ensino encontrava-se nos mesmos moldes anteriores, entretanto, havia grande descontentamento por parte de todos os docentes da disciplina. Portanto, vivenciando claramente o distanciamento entre a assistência prestada ao doente mental e a prática pedagógica utilizada, vislumbramos a necessidade de modificarmos nosso comportamento, para desenvolvermos atividades que minimizassem as internações psiquiátricas prolongadas ao doente mental e um engajamento mais efetivo frente à desinstitucionalização.

Então, necessitávamos nos ajustar e, principalmente, rever e refletir sobre nossa forma de enxergar a doença mental, as pessoas com transtornos mentais, as instituições prestadoras de atendimento, as políticas na área de saúde mental, a destinação de verbas, entre outras coisas. E, ainda, pensar sobre o que faríamos com os acadêmicos, pois, não podíamos apenas discutir

reforma psiquiátrica sem que tivéssemos como demonstrar na prática, ainda realizávamos a nossa prática somente dentro do hospital psiquiátrico.

O fato de, nessa época, em nossa cidade, não existir Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) nem Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Hospital Dia (HD), somente um Ambulatório de Saúde Mental e Emergência Psiquiátrica, que na prática eram portas de entrada para o Hospital Psiquiátrico, nos impulsionou a buscar novas alternativas de atendimento, surgindo a ideia de utilizarmos parte de nossa carga horária das atividades práticas curriculares, junto aos familiares dos doentes mentais.

Passamos a desenvolver atividades práticas, com a finalidade de demonstrarmos para os nossos alunos, aos profissionais da área de saúde mental da cidade e para nós, docentes, que era possível tratar do doente mental fora do hospital. Visitamos cidades (Santos e Campinas) onde o modelo de assistência já havia se modificado na época, realizamos eventos com participação de pessoas engajadas na reforma psiquiátrica de diversos lugares do Brasil, como do exterior, e também iniciamos projetos de extensão para acompanhar familiares de doentes mentais no domicílio. Também, fundamos e organizamos, juntamente com portadores de transtornos mentais, seus familiares e profissionais da área de saúde mental, uma Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Mentais, sendo que, além de participarmos das reuniões semanais, também realizamos visitas às famílias que solicitavam auxílio à Associação.

Reformulamos a disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica e passamos a realizar quase toda a parte prática na comunidade, por meio de visitas domiciliares aos portadores de transtornos mentais e seus familiares, sendo grande parte dessas visitas, originárias nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Maringá/PR, e algumas na Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Mentais.

Nossos estágios passaram a ser realizados de maneira sazonal, em alguns meses dos semestres do ano letivo e, nesses períodos, sempre trabalhamos junto com os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). No relacionamento diário com esses profissionais, observamos que eles tinham dúvidas sobre conduta (efeito colateral de medicamentos) e procedimentos adequados (encaminhamento para consultas médicas), entre

outros, e mantinham certa distância, evitando o doente mental e seus familiares; dessa forma, podemos inferir que atuam discriminadamente quando comparado a outras patologias.

Com essa experiência, surgiram questionamentos e dúvidas, pois observamos que, com a presença de alunos na prática de saúde mental, engajados à equipe da ESF, aumentava a demanda dos portadores de transtornos mentais às UBS, surgindo vários encaminhamentos para alunos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizarem as visitas aos usuários e familiares. Quando da ausência dos estagiários, os portadores de transtornos mentais referiam que os profissionais da equipe da ESF raramente realizavam visitas a eles.

Essa experiência, de ensino e assistência, levou a supor que há nos profissionais da ESF um despreparo para lidar com o sofrimento mental, tanto dos pacientes como dos familiares. Os profissionais da ESF referiam que não foram bem preparados na graduação para enfrentar situações em que afloram os problemas psíquicos dos pacientes e que sentiam dificuldades nesse enfrentamento, provocando afastamento do problema. Aliado a isso, o estigma social da doença mental estava em questão.

Em relação ao ACS, o despreparo também não é diferente, pois as informações sobre a saúde mental, oferecidas na capacitação, quando da sua contratação, são mínimas, para o enfrentamento dessa complexa doença. Entretanto, o ACS, residente em sua área de atuação, que é a ponta da lança da ESF, defronta-se diariamente com casos que apresentam situações de conflitos e tensões de difícil resolução.

Nesse sentido, concordamos com Coimbra e demais autores⁽¹⁾ que consideram um importante instrumento o apoio de uma equipe de saúde mental na realização de treinamentos e orientações às equipes de saúde da família, para promover maior envolvimento com os usuários portadores de sofrimento psíquico e sua família assim como propiciando maior resolubilidade do serviço em relação a esse tipo de demanda. Além desse apoio, os profissionais deveriam receber mais informações e orientações sobre a saúde mental em sua capacitação, realizada na sua contratação.

Outra questão refere-se às restrições de informação, pois o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) ainda não permite o registro dos

atendimentos realizados em saúde mental, não possibilitando informações que quantifiquem as famílias com doentes mentais e os atendimentos realizados.

Com essa problemática relatada e entendendo que a realidade assistencial deve ser organizada pela proposta da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, em que ocorra inclusão do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, interessou-nos estudar a ação de profissionais das equipes de Saúde da Família (Enfermeiros, Médicos, Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitário de Saúde) na atenção aos portadores de transtornos mentais e seus familiares.

CAPÍTULO 2

CONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO: DA
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À ATENÇÃO À
SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2 CONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO: DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A CONSTRUÇÃO DO SUS

As políticas públicas de saúde brasileira, entre 1930 e 1970, se resumiam às atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, responsabilizando-se pelo controle das epidemias e da vigilância sanitária. Existia também a medicina previdenciária, que reproduzia a desigualdade social e a exclusão, sendo que o acesso era restrito a diferentes clientelas⁽²⁾.

Nessa medicina previdenciária, apenas os assegurados do sistema que era composto por Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's ou pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPS participavam dos programas de assistência médica. Em 1964, após o golpe militar, esses institutos sofreram intervenção do Ministério do Trabalho, que “suspendeu a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde”. Ocorreu a unificação de todos os institutos e a criação, em 1967, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), este ampliou a compra de serviços da rede privada⁽³⁾.

O modelo de assistência no regime militar, até 1974, foi baseado na generalização dos cuidados médicos individuais, quando promoveu e orientou um crescimento ascendente da construção de um grande número de hospitais, laboratórios e serviços privados, financiados pelo setor público. Provocando a expansão com a garantia de custeio do grande número de leitos de internação privados, e ainda o funcionamento dos setores produtivos de serviços de saúde, de equipamentos e insumos, construindo, assim, as bases do “complexo médico-industrial”⁽⁴⁾.

A clientela assistida pelo INPS era somente de trabalhadores que mantinham vínculo de trabalho formal, com carteira assinada. A assistência médico-hospitalar para aqueles que não tinham vínculo de trabalho formal, “era

prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico”. Essa população não tinha direito à assistência, e quando recebia, “era na condição de favor ou caridade”⁽⁵⁾.

Em 1974, o INPS foi desmembrado em três institutos: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

Ainda no ano de 1974, o regime militar apresentava, de maneira discursiva, um projeto de governo propondo uma “abertura lenta, gradual e segura”, porém, com distensão política, apesar do endurecimento do regime para com os militantes dos movimentos contra a ditadura. Acontecia o decréscimo de legitimidade política do governo, que pôde ser evidenciada por meio do resultado das eleições, com a derrota governista. Nesse mesmo ano, o governo propõe a criação do II Plano Nacional de Desenvolvimento e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS que, por meio de políticas públicas, vão influenciar as transformações ocorridas no sistema de saúde na década de 1980. Uma dessas transformações foi a incorporação de alguns seguimentos populacionais à previdência social, apresentado, assim, desde esse período, uma tendência de atendimento universal derrubando barreiras de acesso aos serviços⁽⁴⁾.

Em meados da década de 70, fatos como: a crise mundial do petróleo, inflação, a recessão econômica, o aumento do endividamento do país e a precária qualidade da assistência à saúde provocam críticas à ineficiência do setor público. Para Tenório⁽⁶⁾, nesse período, eclodem críticas dessa ineficiência do setor público no que diz respeito à assistência à saúde e às propostas privativas das ações.

Aponta-se, também, a necessidade de reformulações na melhoria e na reestruturação de propostas alternativas para ampliação dos serviços de saúde e do acesso da população aos mesmos, além da correta e não fraudulenta gerência dos recursos públicos investidos. Nesse cenário de tensão, surgem embriões do processo de Reforma Sanitária Brasileira⁽⁶⁾.

Procurando aliviar as tensões acumuladas pelo capitalismo brasileiro e

as péssimas condições de saúde e da vida de grande parcela da população, o governo assume uma postura de discurso voltado às ações sociais, por meio de uma política de racionalização dos recursos, política essa que não foi tão pacificamente aceita pelos dominantes de capitalização do setor saúde⁽⁷⁾.

Como destaque dessas ações na área de saúde, houve a criação do Sistema Nacional de Saúde (1975), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS-1976), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE-1980) e o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP-1982), iniciativas que têm sido objeto de várias discussões e estudos^(7,8). Programas considerados como passos importantes e significativos para reordenação do setor saúde.

Assim, os trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados, passaram a receber um tratamento equivalente ao prestado aos trabalhadores urbanos, que significou grande melhoria nas condições de acesso dessa população⁽⁵⁾. Havia o interesse crescente em tornar os serviços de saúde mais acessíveis, oferecendo, assim, uma cobertura com uma tendência universal. Porém, o INAMPS ainda passaria por sucessivas mudanças para alcançar a universalização do atendimento.

Nesse processo de reforma da saúde, discussões sobre o Plano CONASP, no que diz respeito ao Convênio Trilateral e Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), passaram a encontrar mais espaço. Assim, ainda em 1983, houve a implantação do então PAIS para 15 Unidades da Federação^(9,10) e, em maio de 1984, foi estabelecida a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), envolvendo além do MPAS, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mais dois Ministérios: Educação e Saúde^(11,12).

Durante o V Simpósio de Política Nacional de Saúde, várias forças atuantes da sociedade civil, da política de saúde elaboraram propostas para o setor que, a partir do Parlamento da Saúde, sacramentou um conjunto de articulações com vistas ao Programa de Governo da Transição Democrática⁽¹³⁾. O documento final desse encontro referendava a estratégia das AIS, abrindo caminho para o Sistema Único de Saúde.

Em meados da década de 1980, ocorre a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em todos os estados

brasileiros, por meio de convênios entre o INAMPS com o objetivo da descentralização desse órgão. O SUS foi proposto em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, colocando o Ministério da Saúde como responsável pela condução e gestão de toda política de saúde⁽¹⁴⁾.

Em 1988, o Congresso Nacional do Brasil, instituiu o Estado democrático de direito brasileiro, promulgando a sua Constituição Federal. Foi o resultado de um processo desenvolvido ao longo das duas últimas décadas, pelo qual foi possível implantar o Sistema Único de Saúde – SUS.

A saúde passa a ser um direito social inscrito na Constituição Federal Brasileira de 1988, deixando de ser privilégio de uma pequena parcela da população, adotando um caráter de universalidade. Ainda, a Constituição determinou de que forma as diferentes esferas do governo participariam do financiamento dessa garantia e, para isso, deveriam ser utilizados os recursos da seguridade social das três esferas do governo numa responsabilidade compartilhada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios⁽¹⁵⁾.

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal Brasileira, a Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/90) foi regulamentada e instituída, sendo no mesmo ano também sancionada a Lei 8142/90, que estabelece os critérios para repasse dos recursos do nível federal para os estados e municípios.

O SUS constitui um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90), o Sistema constitui-se em uma rede hierarquizada, regionalizada e descentralizada, sob o comando único em cada nível de governo – federal, estadual e municipal, de todas as ações e serviços de saúde públicos e privados contratados para garantir a todos os cidadãos brasileiros (universalidade) acesso à promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde (integralidade) e todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde (equidade). Os três níveis, chamados de esferas: federal, estadual e municipal, gerenciarão os serviços de saúde (descentralização) que estão divididos em níveis de complexidade e que têm uma área de abrangência (territorialização).

As transformações que vêm ocorrendo nas políticas de saúde no Brasil

propiciam novas alternativas de atenção, o que antes se resumia às atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, hoje, com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), vai muito além, pois prevê um atendimento universal, integral e regionalizado. Isso faz trabalhar com novos modelos de atenção, que auxiliam na resolução dos problemas de saúde da população.

Conforme Antunes⁽¹⁶⁾, a implantação do SUS no País, a partir da Constituição Brasileira, promulgada em 05 de outubro de 1988, resultou da pressão social de grupos de intelectuais, sanitaristas, movimentos populares e sindicais, estabelecendo um novo marco referencial e novos padrões para a organização da saúde no país, por prever a descentralização da gestão, o controle social, exercido por meio de conselhos de saúde, compostos paritariamente por usuários e o conjunto dos demais segmentos de trabalhadores, gestores e prestadores de saúde.

Assim, a Reforma Sanitária levantou discussões que implementaram o fortalecimento e a descentralização dos Sistemas Locais de Saúde, que acabaram por desencadear no Ministério da Saúde, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve como princípios básicos o enfoque da Família como unidade de ação programática de saúde e intervenção, utilizando ações preventivas sobre as famílias consideradas em risco, partindo da integração com a comunidade.

Historicamente, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem suas origens em experiências chinesas e cubanas, que foram apresentadas na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em 1978, na cidade de Alma-Ata. Entre as recomendações do relatório dessa conferência, está a utilização do ACS, o que foi proposto quando elaboraram as ações que compõem os cuidados primários à saúde^(17,18).

A inclusão do ACS nos programas de saúde brasileiros tem sua origem nas propostas do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que foram desenvolvidas no período da segunda guerra mundial, em parceria com o governo do EUA, em 1942. Essa proposta vigorou até 1960, quando foi, então, implementada entre 1960 e 1990, passando a se chamar de Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.Sesp). Silvia e Dalmaso⁽¹⁸⁾ afirmam que a experiência da F.Sesp com programas de saúde influenciaram a concepção das diretrizes que, atualmente, orientam as práticas do Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS) e da ESF.

Em 1987, o Programa de Agentes de Saúde (PAS) foi implantado no Ceará, constituindo-se uma iniciativa pioneira na implantação de agentes de saúde em nível estadual. As avaliações positivas do PAS contribuíram para manutenção e ampliação deste no Estado, como também serviu de proposição pelo Ministério da Saúde para criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), em 1991, para todo o território brasileiro⁽¹⁹⁾.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O crescimento do Movimento Sanitário em favor da Reforma Sanitária foi acompanhado por técnicos e acadêmicos da área de saúde Mental. A proposta de uma Reforma Psiquiátrica surge com a finalidade de reestruturar a assistência psiquiátrica, possibilitando ao doente mental o direito à sua cidadania, pois, até metade do século XX, eram poucas as formas de tratamento que se estendessem além dos muros dos hospitais psiquiátricos.

A Psiquiatria Brasileira, nesse período, sofre repercussões de movimentos internacionais como:

- a psiquiatria comunitária americana, que vai buscar inspiração na chamada “psiquiatria de setor” francesa e traça os programas de ação social, chamada Psiquiatria Comunitária;
- a psicoterapia institucional francesa propõe demandar esforços no sentido de humanizar e melhorar as condições materiais dos hospitais psiquiátricos;
- a psiquiatria democrática italiana “Não se trata de renovar ou aperfeiçoar o asilo, mas negar o mandato social do psiquiatra, recusando toda e qualquer terapêutica que vise atenuar as reações de excluído em relação ao que o exclui”⁽²⁰⁾.

As reformulações da assistência psiquiátrica, com propostas alternativas à psiquiatria tradicional, manifestaram-se em vários países, como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália onde ocorre a reforma mais radical. O Brasil tem inspiração no modelo Italiano denominado de Psiquiatria Democrática.

O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) tornou-se o primeiro ato de renovação no campo da saúde mental, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduzindo a estratégia de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas⁽²¹⁾.

É importante lembrar que, politicamente, essa década de 1980 é a época da “abertura”, o início do fim da ditadura militar no Brasil. Nesse contexto, surge o movimento por uma Reforma Sanitária, que reorganiza o atendimento à saúde da população. As Conferências Nacionais de Saúde, até então órgãos burocráticos, tornam-se verdadeiros fóruns, em que se debatem e se propõem as políticas de saúde, com a participação dos órgãos oficiais, dos prestadores de serviços de saúde e dos usuários. E ainda, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, delibera pela necessidade de um Sistema Único de Saúde, proposta que é ratificada na Constituição em 1988.

Em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que tem como tema principal a discussão da cidadania e doença mental. Essa conferência ocorre num clima de conflito político, em que a discussão desencadeia: a reorganização dos serviços de saúde mental; a definição de uma política de recursos humanos; a reformulação da legislação do doente mental e propõe a reformulação do modelo assistencial em saúde mental⁽²²⁾.

Segundo Bezerra Jr.⁽²³⁾, o campo da saúde mental apresentou, no ano de 1989, dois marcos importantes que ajudam a compreender o processo de desconstrução da psiquiatria tradicional: a intervenção realizada pela Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta em Santos/SP - único hospital psiquiátrico privado da região e que representava o universo manicomial - e a apresentação no Congresso Nacional do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que previa a reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira com a substituição progressiva dos manicômios por “novos dispositivos de tratamento e acolhimento”.

Não menos importante, podemos citar a criação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, que surgiu em 1987, sendo o primeiro na cidade de São Paulo e no Brasil^(22,24) e a criação, em Campinas, do serviço de saúde do antigo hospital “Dr. Cândido Ferreira” em 1990⁽²⁵⁾ e a criação, em 1988, do Serviço de Saúde Mental (Nossa Casa) em São Lourenço do Sul⁽²⁶⁾, locais esses pioneiros na reabilitação psicossocial.

Em 1990, com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), acontece na cidade de Caracas, a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Os debates nessa conferência resultaram num documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas, denominado Declaração de Caracas. Essa declaração indica a necessidade de reestruturação da assistência ao doente mental, em relação a políticas de saúde, de legislação e de atenção primária e coloca a assistência centrada no hospital psiquiátrico como ineficaz⁽²⁷⁾.

Em 1992, em Brasília, é realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e nela os princípios da I Conferência são confirmados e incorporam-se tanto aos princípios da reforma Sanitária como um todo, quanto aos da desinstitucionalização⁽²⁸⁾.

O processo de desinstitucionalização não se limita à desospitalização ou à racionalização financeira e administrativa dos custos gerados pela internação hospitalar, é um processo social e complexo que mobiliza atores sociais diversos: profissionais que podem transformar práticas, técnicas e organizações, os usuários e familiares que são chamados a reivindicar e lutar por direitos de cidadania do sujeito com a comunidade local e opinião pública bem como administradores e políticos.

Para Melman⁽²⁹⁾, “a desinstitucionalização significa mais do que derrubar muros, paredes e grades, significa desmontar estruturas mentais (formas de olhar) que coisificam e se transformam em instituições sociais”.

Para Nicácio⁽³⁰⁾, a reforma não se restringe ao saber psiquiátrico:

[...] é um percurso tecido por diferentes atores que atravessa leis, o sanitário, a organização social, o imaginário, os saberes [...] processo social complexo que, a partir da desmontagem do manicômio, projetou a construção da saúde mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social.

Os casos de transtornos devem ser tratados nos locais onde as pessoas vivem e interagem. Nessa lógica, devemos nos arriscar em novos territórios, buscando novos recursos, tanto humanos como financeiros, em direção de forma que possamos redefinir papéis dos profissionais de saúde. Para Guatarri, os profissionais da saúde devem “dispor-se a acompanhar a aventura desses

sujeitos, na procura de uma existência mais livre e autônoma, criativa e flexível, aberta à negociação e ao conflito"⁽³¹⁾.

A efetivação de novas práticas exige a transformação das formas de pensar e de agir em saúde mental, da implementação de serviços públicos, do cotidiano das instituições, da materialidade das políticas e dos direitos, das relações profissionais-usuários e das modalidades de cuidar.

Para muitos autores, a desinstitucionalização implica o processo de reabilitação psicossocial, entendida como: “processo de remoção de barreiras, as quais impedem a plena integração de um indivíduo na comunidade e o pleno exercício de sua cidadania”⁽¹⁾.

Amarante⁽²⁸⁾ afirma que os pensamentos basaglianos sobre a desinstitucionalização possibilitam a ruptura prático-teórica no campo da psiquiatria, contribuindo para a emergência de novas histórias e questões epistemológicas para a reforma psiquiátrica.

A Lei 10.216 de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental, levou doze anos para ser aprovada, entretanto, nesse período, muitas portarias ministeriais promoveram reformas. Dentre elas, ressaltamos a importância das portarias que oficializam e orientam essa mudança na estrutura assistencial como: Portaria nº. 189 de 1991, que altera o financiamento das ações de saúde; Portaria nº. 224 de 1992, que regulamenta o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental, incorporando novos procedimentos na tabela SUS, incluindo CAPS e NAPS, e a Portaria nº. 336 de 2002, que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial possam ser de três modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte e abrangência populacional.

Os CAPS e NAPS estruturados na década de 1980, respectivamente nas cidades de São Paulo e Santos, foram os pioneiros no Brasil e por se mostrarem inovadores e eficientes na assistência ao doente mental “foram regulamentados pelas Portarias nº. 189/1991 e 224/1992, tornando-se parte da política do SUS cujos serviços foram implantados em todo o cenário nacional”⁽²⁴⁾.

Para êxito no âmbito da reforma psiquiátrica, faz-se necessária a criação de serviços substitutivos que busquem efetivar a desconstrução de práticas

manicomiais e das formas de violência que ocorriam no hospital psiquiátrico. Lobosque⁽³²⁾ refere que “os serviços substitutivos são aqueles que se constituem enquanto rede: conjunto articulado de dispositivos e equipamentos, ações e iniciativas que possibilitam a extinção do hospital psiquiátrico”. E ainda, segundo a mesma autora, devemos romper com as práticas antipáticas de posição da razão sobre a loucura e que esses serviços substitutivos só serão novos se buscarem para o sofrimento psíquico grave um lugar de cidadania.

Segundo Amarante⁽³³⁾, o campo de atuação reformulado e baseado nos propósitos da Reforma Psiquiátrica, deve considerar quatro pilares ou campos fundamentais.

- Campo teórico-conceitual: implica repensar os conceitos fundantes da Psiquiatria, uma ruptura epistemológica do saber psiquiátrico, em que o foco deve ser ampliado para a promoção da saúde como um todo e não apenas tratar da pessoa ou da doença enquanto classificação nosológica e descritiva.
- Campo técnico-assistencial: a partir da reformulação de conhecimento e saberes, torna-se urgente a construção de novas práticas e serviços bem como formação acadêmica que considere as propostas da Reforma Psiquiátrica.
- Campo jurídico-político: aponta a necessidade da revisão de legislações vigentes que discriminam o sujeito, devolvendo-lhe o direito ao exercício de cidadania, dos direitos humanos e sociais.
- Campo sociocultural: vislumbra-se a possibilidade de reinventar um lugar social para a experiência do sofrimento psíquico que não seja o da periculosidade.

Para Amarante⁽³⁴⁾, “deve haver um conjunto de ações que visam transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura”.

O caminho para a reformulação de ações de atendimento é dado pelas políticas públicas, no entanto, há necessidade de ressonância dessas políticas com o âmbito técnico assistencial, o jurídico político, e o teórico-conceitual. Corroborando com essa afirmação Saraceno⁽³⁵⁾ que, ao introduzir o conceito de reabilitação psicossocial, afirma que, para tanto, existe necessidade de mudança total na política de serviços de saúde mental, que deve englobar os profissionais, usuários e a comunidade. As iniciativas devem refletir mudanças

na forma de assistência, no convívio social e na garantia de direitos.

Ainda precisamos ficar atentos para que os novos serviços promovam e favoreçam a participação do usuário em intercâmbios sociais em igualdade de oportunidades. Com esse objetivo, é necessário: o redirecionamento de recursos para a implementação de redes municipais de atenção assim como de projetos e ações que viabilizem o fortalecimento do poder contratual dos usuários, o acesso aos direitos, a ampliação das redes sociais e de suporte e a efetiva participação na vida pública⁽³⁶⁾. Para Nicácio⁽³⁰⁾, há necessidade de se operarem questionamentos críticos da psiquiatria com vistas à transformação da realidade e, nesse sentido, indagar e refletir sobre os saberes, as instituições e os atores das novas práticas, ou, em outras palavras, compreender “o que se faz, como e para quê se faz”.

Nas palavras de Basaglia *apud* Nicácio⁽³⁰⁾, a expressão e os objetivos dos serviços que substituem as práticas manicomiais e discutem as concepções da Psiquiatria:

[...] devem trazer a possibilidade de viver de maneira diversa o próprio sofrimento, visto como um conjunto de fatores e não somente sinal de periculosidade social a reprimir... deve haver formas de cuidado e tratamento que sejam conjuntamente espaços de vida, de estimulação, de confronto, de oportunidade, de relações interpessoais e coletivas, que vislumbrem a mudança de cultura e de políticas mais sociais do que sanitárias.

Estender laços com a rede de apoio do usuário (escola, bairro, trabalho, casa), no lugar de vida onde ocorrem trocas sociais dos sujeitos em sofrimento psíquico, em detrimento ao hospital psiquiátrico, que impunha barreiras concretas e abstratas ao intercâmbio social, é um dos objetivos desses serviços com base no território.

Saraceno⁽³⁵⁾ relaciona a reabilitação psicossocial ao processo de desinstitucionalização, como: “Progressiva superação das condições de dependência dos pacientes psiquiátricos das instituições da psiquiatria, hospitalares ou não, e dos automatismos invalidantes que caracterizam o círculo vicioso doença/ resposta invalidante à doença”.

Os novos serviços de atenção à saúde mental, centrados nas comunidades e não mais no circuito hospitalocêntrico devem incluir um conjunto de ações de cuidado, uma “rede cuidadora”. Conforme Silva Junior,

Alves C e Alves M⁽³⁷⁾, essa rede não é restrita aos serviços de saúde; mais do que isso, pressupomos a articulação com outros recursos da sociedade, como apoio familiar, religião, alternativas de sustentação econômica, moradias, enfim, redes de apoio e solidariedade.

No Relatório de Gestão 2003 – 2006, a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde relatou alguns avanços na construção da rede de atenção de base comunitária, entre eles, encontram-se: a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos CAPS; implantação de inúmeras Residências Terapêuticas; alguns Ambulatórios de Saúde Mental, apesar da dicotomia CAPS x Ambulatório; promoveu a avaliação da inclusão dos Centros de Convivência e Cultura; transformações progressivas de Hospitais Dia em CAPS, assumindo a sua função estratégica de ordenamento da rede de atenção em saúde mental em seu território; promoção da saúde mental na atenção básica junto às Equipes Matriciais de Referência⁽³⁸⁾.

Como resultado dessa nova política, o número de leitos em hospitais psiquiátricos vem apresentando um declínio contínuo no Brasil. Em 1996, o seu número era de 72.514 leitos⁽³⁹⁾, sendo que, em 2010, esse número de leitos psiquiátricos, credenciados ao SUS, diminuiu para 34.390 leitos⁽⁴⁰⁾. Paralelamente à redução do número de leitos psiquiátricos, vem ocorrendo um aumento dos modelos substitutivos de assistência psiquiátrica, pois os Centros de Atenção Psicossocial tiveram uma expansão progressiva da cobertura assistencial passando de 424 em 2002⁽³⁹⁾ para 1.792 CAPS em 2010⁽⁴⁰⁾, distribuídos em todo o país, entre o período de 2002 e 2010, as residências terapêuticas passaram de 85⁽³⁹⁾ para 570⁽⁴¹⁾ e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cresceram de 464 em 2008, para 1415 equipes em dezembro de 2010⁽⁴⁰⁾.

Esses dados oficiais demonstram que o Brasil está em sintonia com as tendências mundiais que preconizam a redução do número de leitos psiquiátricos e um aumento significativo de dispositivos substitutivos desse modelo de assistência hospitalar, de acordo com a política de saúde mental proposta, entretanto, esses modelos substitutivos ainda apresentam uma cobertura insuficiente.

2.3 ATENÇÃO BÁSICA, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL

Historicamente, a organização dos serviços de saúde foi marcada pela fragmentação e individualização do cuidado. Atualmente, há uma preocupação em assistir ao indivíduo como integrante de uma família e da comunidade. Dessa forma, a família e a comunidade passam a ser sujeito da atenção à saúde.

Como estratégia para assistir ao indivíduo e sua família na comunidade, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), inserido no SUS. Esse programa é uma estratégia que prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

Com a adesão dos municípios ao PSF e à centralização da gestão e de controle social da saúde, passou-se a incentivar a expansão das ações extra-hospitalares, estabelecendo como prioridade a organização de práticas voltadas para a atenção à família em seu espaço social, como foco da atenção à saúde, inclusive com repasse financeiro diferenciado e garantido, por meio da adoção, pelos municípios, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do PSF⁽⁴²⁾.

A definição do novo modelo de financiamento para a atenção à saúde ocorreu em 1996, com a edição da Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96). Nesse sentido, as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição de recursos financeiros, de forma a romper com a exclusividade do pagamento por procedimentos, começaram a partir do PSF. Assim, ficou evidenciado que determinadas atividades não poderiam ser remuneradas por procedimentos, adaptando-se melhor a uma remuneração do tipo per capita⁽⁴³⁾.

O PSF transformou-se em estratégia estruturante da organização do SUS, em 1998, quando se colocou em prática a nova modalidade, fundo a fundo, para a transferência dos incentivos financeiros destinados ao PSF e ao PACS, isto é, do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipais de Saúde⁽⁴⁴⁾.

A ESF tem ocupado um lugar importante no contexto do atual sistema de saúde. A atenção volta-se para a família, entendida a partir de seu ambiente físico e social. Esse tipo de abordagem pretende fornecer à equipe do programa uma compreensão mais abrangente do processo saúde/doença⁽⁴³⁾.

As equipes da ESF são compostas por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, e de 4 a 6 ACS; esses profissionais buscam a integralidade da assistência, a criação de vínculos, de compromissos e de responsabilidades compartilhados entre os serviços de saúde e a população. Surgindo, assim, uma nova categoria profissional, os ACS, que são os maiores responsáveis por realizarem as visitas domiciliares, com o propósito de localizar as famílias e prestar atendimento⁽⁴⁵⁾.

Conforme a portaria nº 648 do Ministério da Saúde, de março de 2006, a equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, e os ACS devem cobrir, no máximo, 750 pessoas, sendo que a jornada de trabalho para todos os integrantes da equipe deve ser de 40 horas semanais.

Segundo previsão do art. 3º (incisos I a III) da Lei nº 10.507/2002, para o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde, faz-se necessário o atendimento dos seguintes requisitos: residir na área em que atuar e haver concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde.

Cada ACS tem a responsabilidade por sua área e por todos que aí moram, porque, de fato, tomaram para si essa responsabilidade em conjunto. Os agentes comunitários de saúde são os grandes descobridores dos recursos escondidos da comunidade⁽⁴⁶⁾.

Para o Ministério da Saúde, a ESF visa atender ao indivíduo e à família de forma integral e contínua com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O objetivo é reorganizar a Atenção Básica, que estava centrada, principalmente, no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social⁽⁴⁷⁾.

Para Sousa, Fernandes A, Araujo e Fernandes M⁽⁴⁸⁾, o Ministério da Saúde teve como objetivo na proposta da ESF reorganizar as Unidades Básicas de Saúde, para que estas, além de se tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os

profissionais de saúde e a população.

Portanto, a superação dos modelos existentes para um modelo que promova a resolução dos problemas de saúde da população, por meio de vínculos entre profissionais e a população, ganhou espaço nos ideais da reorganização da atenção à saúde, em que a territorialização passa a ser valorizada e o incentivo às intervenções na comunidade é ampliado.

Santos⁽⁴⁹⁾ refere que a territorialização “é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi”.

E ainda, Santos descreve o território como algo que se configura por sistemas econômicos, políticos e sociais, historicamente condicionados e em constante construção social, que muda seu papel e a sua posição no sistema, e o seu significado deve ser reconhecido em função de sua relação com os demais e com o todo^(50,51).

Para Mendes, Teixeira, Araújo e Cardoso⁽⁵²⁾, o conceito de território apresenta duas correntes de pensamentos: a primeira com uma concepção dos “critérios geopolíticos que definirão um [...] território-solo [...]” e ainda uma “concepção de apropriação de um espaço naturalizado e acabado é a que dá sustentação à visão topográfico-burocrática de Distrito Sanitário e também ao entendimento da saúde apoiado no modelo da clínica”; e a segunda corrente de pensamento apresenta uma concepção que “vê o território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução”⁽⁵²⁾.

A territorialização é a delimitação de um espaço para implantação da ESF, não corresponde apenas ao seu aspecto geofísico, mas também às características da população e do local, com o objetivo de contextualizar a intervenção de acordo com cada região específica⁽⁵³⁾.

A ESF valoriza os princípios de territorialização, do vínculo com a população, do trabalho em equipe e da participação democrática, participativa e solidária da comunidade de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário^(45,54-56).

O trabalho dos profissionais da ESF no território pressupõe tarefas com sentidos diferentes e complementares, pois geram: o reconhecimento da população, da dinâmica social existente na área e do ambiente; demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e outras relações verticais com centros de referência.

Com respeito a essa prática profissional, encontramos relatos sobre as dificuldades do relacionamento da equipe com o paciente e os familiares, principalmente, quanto à expectativa das intervenções realizadas serem tão milagrosas quanto à impotência que sentiam diante de tantas dificuldades encontradas⁽⁵⁷⁾.

A cobertura do território brasileiro pelas Equipes de Saúde da Família, em dezembro de 2010, atingiu a 64,1 % da população brasileira, totalizando 36.286 equipes, presentes em 5.397 municípios, atingindo cerca de 122,3 milhões de pessoas. O Paraná, nesse mesmo ano, apresentou-se com 2.067 equipes presentes em 395 municípios, com uma cobertura de 71% da população; em Maringá, são 65 equipes distribuídas em 26 Unidades Básicas de Saúde, com uma abrangência de 74,5% da população⁽⁴⁰⁾.

Embora Antunes⁽¹⁶⁾ afirme que a ESF tenha sido referida como a principal estratégia para solucionar os males da saúde pública, seja no universo político-partidário, das corporações profissionais da saúde, no setor de formação em saúde e na própria sociedade, essa posição não é unânime, pois, para Merhy e Franco⁽⁵⁸⁾, há uma defasagem entre o discurso mudancista e as práticas assistenciais que se implementam, ou seja, não se tem conseguido realizar a missão prometida.

Merhy e Franco⁽⁵⁸⁾ declaram, ainda, que as fragilidades da estratégia precisam ser superadas para que esta sirva efetivamente como um dispositivo de mudança assistencial. Há necessidade de reorganizar a produção da saúde, o que significa alterar os processos de trabalho rompendo com a mera realização de procedimentos centrados nos profissionais.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a priorização dos atendimentos e acompanhamentos das pessoas com doença mental na comunidade, implicou o aumento da demanda desses pacientes nas unidades de saúde. Os esforços para a assistência das pessoas com transtornos mentais graves, ou

moderados, na comunidade vêm crescendo assim como a preocupação com suas famílias, já que podem vivenciar problemas sociais, culturais, físicos e psicológicos.

Nesse contexto, observamos o envolvimento da ESF com a Saúde Mental, pois suas equipes estão engajadas no cotidiano da comunidade, com enorme vínculo, e ainda propiciando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população⁽⁵⁹⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência de transtornos mentais na população está em torno de 21,4%. Tais transtornos ocorrem de acordo com a seguinte distribuição: os severos e persistentes, que necessitam de atendimento contínuo, estão em torno de 3%; os graves, decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, em torno de 6% a 8%, embora ainda existam estimativas mais elevadas; os que necessitam de atendimento contínuo ou eventual correspondem a 9%; os relacionados à epilepsia correspondem a 1,4% do total⁽⁶⁰⁾.

Esses dados revelam a demanda a ser enfrentada pelas equipes da ESF, pois, constantemente, deparam-se com portadores de transtornos mentais, e assim acabam realizando “alguma ação de saúde mental. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos”⁽⁶⁰⁾.

A articulação entre os serviços de saúde mental e a Atenção Básica deve ter como princípios a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, intersetorialidade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção de uma autonomia possível ao usuário e familiares⁽⁶¹⁾.

A inclusão da saúde mental na atenção básica tem sido discutida em diferentes âmbitos. O Ministério da Saúde promoveu, em 2001, uma Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. A inclusão também foi discutida na III Conferência Nacional de Saúde Mental. Em ambos os eventos foram construídos princípios, propostas e ações da saúde mental para serem desenvolvidas na ESF^(60,62), como as que se seguem.

- Atender ao princípio da integralidade incluindo a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde e, também,

incorporar as ações de saúde mental na ESF.

- Reorganizar a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental enfatizando a Atenção Básica (entender esta como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade).

- Priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações com outras doenças e promoção de palestras sobre saúde mental; buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial, dentro da comunidade, que criem mobilização social.

- Garantir que a Rede Básica de Saúde desenvolva ações de vigilância à saúde na área de Saúde Mental, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental (locais de trabalho, condições de moradia e outras), contribuindo, assim, para desenvolver a ação intersetorial necessária para a redução do sofrimento; e mobilização de recursos comunitários estabelecendo articulação entre associações de bairros, conselhos tutelares, dentre outras organizações populares.

- Criar, em âmbito nacional, principalmente nas regiões que não dispõem de psiquiatras, protocolos de atendimento e prescrição de medicações psiquiátricas dirigidas aos médicos generalistas, com a finalidade de atender pessoas com problemas mentais e de impedir a medicalização excessiva, que também é geradora de sofrimento.

- Garantir o acesso do portador de transtornos mentais ao tratamento odontológico, de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional na Rede Básica de Saúde.

- Incluir, nas agendas municipais de saúde, a atenção à saúde mental, definindo elementos para compor o pacto de criação de indicadores da atenção básica.

- Garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes mínimas da ESF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência (para atendimento e assessoria – equipe matricial) que podem ser específicas, ou aquelas dos serviços de saúde mental especializadas já existentes.

- Garantir a incorporação das ações de saúde mental na ESF, mediante oferta de ações mais locais por parte dos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de saúde mental.

- Garantir que cada município conte com atendimento e integração da assistência à saúde mental na rede básica (PACS/ESF/Centros de Saúde comunitários).

- Garantir que as equipes multiprofissionais de saúde mental que trabalham junto à ESF atenderão prioritariamente aos casos graves e observarão a seguinte proporção para sua constituição: um profissional de saúde mental para cada duas equipes de Saúde da Família.

- Promover a prevenção em saúde mental por meio da oferta de atividades para esse fim (por exemplo: esportes comunitários, grupos de mães, oficinas de arte e de ofícios, grupos de apoio, lazer e outros), desenvolvidas, preferencialmente, por recursos comunitários, Saúde, PACS, ESF e comunidade e incorporar a saúde mental nas ações voltadas para: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, alcoolismo, drogas, violência urbana, entre outros.

- Criar equipes volantes de saúde mental, capacitadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que funcionem como referência às equipes da ESF e das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a necessidade epidemiológica de cada localidade ou para cada grupo de cinco equipes.

- Garantir supervisão continuada no desenvolvimento do trabalho conjunto das equipes PACS/ ESF e Saúde Mental e, também, avaliar as ações de saúde mental executadas pelas equipes de Saúde da Família visto que a estratégia é recente.

- Implantar serviços de atendimento/internação domiciliar em saúde mental realizados por equipes itinerantes ou equipes do PACS/ESF.

- Criar a ficha “B” de Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), como forma de coletar dados para acompanhar, monitorar e avaliar os usuários portadores de transtornos mentais atendidos pela Equipe de Saúde da Família. E o grupo “Atenção à Saúde Mental” do sistema de informações ambulatoriais do SUS na designação “atendimento a

grupos específicos da tabela de procedimentos”.

- Sensibilizar as equipes de saúde da família para a compreensão dos pontos de vulnerabilidade que possam provocar uma quebra ou má qualidade dos vínculos familiares e sociais; a atenção e sensibilização para a escuta; e a compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais envolvidas.

- Acompanhar na rede básica usuários egressos de internações psiquiátricas, egressos dos CAPS, e de outros recursos ambulatoriais especializados.

- Construir intervenções terapêuticas de forma individualizada, respeitando a realidade específica local e voltada para a inclusão social.

- Defender a inclusão das ações em saúde mental no nível básico da atenção, no elenco de Ações e Programas exigidos pelas Normas Operacionais de Atenção à Saúde/2001. De modo que sejam cumpridas as metas da OMS, quando, em Assembleia Mundial, em maio de 2001, deliberou pela ampliação dos cuidados em saúde mental na Atenção Básica à Saúde^(60,62).

A Portaria 336/02 faz menção à uma interlocução necessária entre os Centros de Atenção Psicossocial e o Programa Saúde da Família assim como a NOAS/02 já trazia uma pequena descrição sobre as ações de saúde mental como parte da assistência básica. Sendo assim, acredita-se que a ESF possui potencialidades para cuidar de casos de transtornos mentais com vistas à integralidade do cuidado.

Nessa direção e do ponto de vista das políticas públicas, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Mental juntamente com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, promoveu, a partir de discussões entre os anos de 2001 e 2003, as diretrizes da organização das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica⁽⁶¹⁾. São elas:

- a) Apoio Matricial em saúde mental, que é constituído por um arranjo organizacional que visa oferecer suporte técnico em áreas específicas às equipes. Esse suporte deverá guardar características de responsabilização compartilhada do cuidado valorizando ações conjuntas. Dessa forma, a ampliação da clínica na equipe e a interdisciplinaridade poderão ser estimuladas.

- b) Capacitação/Formação articulada das equipes envolvidas no cuidado

a partir da implantação de Núcleos Regionais de Capacitação e Produção de Conhecimento.

c) Inclusão de dados referentes à saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica(SIAB).

Mesmo tendo sido proposta, a implantação ou a implementação dessa política ainda está em construção.

As equipes matriciais de saúde mental ainda estão em construção. A implantação, expansão e qualificação do apoio matricial é um dos principais desafios para a gestão da política de Saúde Mental para os próximos anos. Outro desafio seria o fortalecimento de uma política de formação continuada, que envolvesse tanto as equipes de saúde mental como as da Atenção Básica⁽⁴¹⁾.

O Ministério da Saúde, em 2007, por meio de documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revitaliza as atenções voltadas para os princípios e diretrizes alinhados no Pacto pela vida, em defesa do SUS⁽⁶³⁾. Nesse processo histórico, a Atenção Básica se fortalece e deve se constituir como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde⁽⁶³⁾.

Com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da atenção básica, o Ministério da Saúde criou, por meio da Portaria 154/2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais da ESF.

Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS e pode ser composto pelas seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional.

A portaria 154/2008 do Ministério da Saúde, em seu artigo 4º refere: “§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) conte

com, pelo menos, 1 (um) profissional da área de saúde mental”.

Assim, o movimento da reforma psiquiátrica tem privilegiado a formatação de projetos voltados para a criação de novas possibilidades no atendimento e no tratamento dos doentes mentais na comunidade.

A ESF tem apontado algumas características, que possibilitam a inserção das ações de saúde mental, isto é, a equipe de saúde da família com sua atuação na comunidade, descentralizando a relação médico-paciente para uma relação usuário-equipe, aperfeiçoando a cobertura e conquistando a universalidade - atendendo por necessidade e não por demanda - contribuindo para a participação da comunidade nas ações de saúde e, finalmente, acolhendo e escutando as necessidades do usuário⁽⁶⁴⁾.

O Mistério da Saúde afirma que, funcionando adequadamente, “as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias”⁽⁴²⁾.

Cotidianamente, as equipes de atenção básica se deparam com problemas de saúde mental, pois, segundo dados, cerca de 56% das equipes referem ter realizado ações de saúde mental. O que as torna um importante recurso estratégico para o enfrentamento a esse agravo. E o Ministério da Saúde, para o atendimento dessa população, julga ser importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica⁽⁶⁰⁾.

O engajamento da ESF com a Saúde Mental tem resultado experiências bem sucedidas como: o Programa Qualis/PSF, a de Sobral e Quixadá. A experiência do Programa Qualis/PSF dirigido por David Capistrano, em São Paulo/SP, trabalhava com a questão de inclusão do usuário com problema psiquiátrico na família e na comunidade, sendo feitas capacitações com as equipes de saúde da família e acompanhamento dos casos com as equipes.

A experiência do município de Sobral, no Ceará, com a implantação da saúde da família e saúde mental integrou o serviço especializado à atenção básica, capacitando as equipes de saúde da família, promovendo, ainda, suporte de equipes de saúde mental para equipes de saúde da família⁽⁶⁴⁾. Outra experiência diz respeito ao município de Quixadá, também no Ceará, que obteve destaque por apresentar bons resultados na parceria entre o CAPS-ESF, que foram importantes ações bem sucedidas como, por exemplo: a

participação da equipe de saúde da família nas atividades do CAPS, treinamentos, capacitações bem como supervisão de casos⁽⁶⁴⁾.

Conforme Lancetti⁽⁶⁴⁾, isso contribuiu significativamente para a redução de 65% no uso de medicamentos benzodiazepínicos, no município de Quixadá, por mês. Outro dado importante diz respeito às internações psiquiátricas, pois 95% delas passaram a ser realizadas no hospital geral e, após dois anos dessa parceria, ocorreu também a diminuição de internação em hospital psiquiátrico especializado da capital Fortaleza, o número de internações reduziu de oito por semana para seis ao ano.

Observamos, assim, que a ESF tem sido responsabilizada pelo atendimento do doente mental em cidades brasileiras, sendo que as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde estão sendo implantadas, com o apoio matricial e a formação como estratégias prioritárias para inclusão da saúde mental na atenção básica.

Entretanto, essa nova maneira de reorganização da atenção básica tem encontrado obstáculos pautados nos paradigmas tecnicistas do modelo biomédico, estigmatizante e centrado no modelo hospitalar, que necessita ser reformulado.

O estigma ao doente mental está relacionado ao medo do desconhecido, e desenvolve-se um conjunto de falsas crenças que geram desconfiança e falta de compreensão. O doente mental está, frequentemente, relacionado ao indivíduo que fala sozinho, deambula pelas ruas com suas roupas rasgadas e sujas, ou com o homicida “louco” que é violento, agride as pessoas e são perigosos.

O estigma é formado por conceitos errôneos sobre a doença mental, tais como: que as pessoas com doença mental nunca irão se recuperar; que são pessoas instáveis e perdem o controle a qualquer momento; que não podem ocupar cargos de responsabilidade e são indicadas para trabalhos de nível inferior. Provocando a exclusão do doente e de seus direitos de cidadão.

O preconceito por parte dos profissionais da ESF ao doente mental tem sido objeto de estudo por pesquisadores. Franco⁽⁶⁵⁾, ao entrevistar uma equipe da ESF, notou que, muitas vezes, os profissionais, durante a atividade de acolhimento aos portadores de transtornos mentais, apresentavam ansiedade frente aos complexos contextos que vivenciavam no decorrer das atividades

laborais e comprovou a existência de preconceito. O autor acreditava ser necessário investimento na formação e qualificação dos profissionais que atuam na ESF, no que diz respeito à assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

Em outro estudo com os Agentes Comunitários de Saúde da ESF, observou-se que os ACS frente a pessoas portadoras de transtorno mental têm receio e referem à emergência de sentimentos como: o medo de serem agredidas ou de realizarem abordagens incorretas e ainda dificuldade de se relacionarem, o que causa barreiras no seu trabalho, e relatam também insuficiência de apoio técnico e solicitam mais capacitação⁽⁶⁶⁾.

Analisando os conceitos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o transtorno mental, estudiosos evidenciaram representações sociais ancoradas no paradigma psiquiátrico tradicional, ou seja, consideram a pessoa acometida como passiva, sem condições de protagonizar os próprios caminhos que, por sua vez, são marcados pelo preconceito. Desse modo, indicaram a necessidade de investimentos na capacitação em saúde mental para esses atores do cenário da assistência da ESF⁽⁶⁷⁾.

Estudo realizado com uma equipe da ESF afirma que os ACS necessitam de uma qualificação que esteja de acordo com a proposta da reforma psiquiátrica, necessidade de capacitar os profissionais para o trabalho em equipe e ainda que o modelo biomédico nos profissionais é predominante, principalmente, no que se refere à saúde mental⁽⁶⁸⁾.

E ainda, uma investigação, que analisou as representações sociais sobre saúde mental na ESF, observou que estas indicam a falta de conhecimento de alternativas de promoção de saúde mental por parte da equipe, que se fixa na ideia de que a promoção de saúde mental se limita ao oferecimento de atendimento psicoterápico⁽⁶⁹⁾.

Em estudo sobre o atendimento oferecido aos portadores de transtornos mentais por 8 equipes de Saúde da Família, observou-se que apenas os profissionais de uma equipe relataram realizar, sistematicamente, a identificação e o acompanhamento medicamentoso, enquanto que nas outras equipes as ações eram identificadas e mencionadas de maneira informal, sem registro nos prontuários ou qualquer intervenção/cuidado individual ou familiar. Em alguns relatos, a equipe referiu ter medo do doente mental e que o doente

mental dá muito problema para atendê-lo, demonstrando estigma dessa população⁽⁷⁰⁾.

Em estudo descritivo, com objetivo de identificar a formação e as ações do enfermeiro em saúde mental, na ESF, detectou-se que 95,5% não possui formação específica na área de saúde mental, e as ações estão voltadas às visitas domiciliares, consultas, encaminhamentos, entrega de medicação, atendimento ambulatorial, terapia comunitária e levantamento de casos. Ainda, 14,6% referiram que sua equipe não realiza atividades com doentes mentais em sua região. Sendo assim, fica evidente que o enfermeiro, mesmo sem formação específica, tem prestado assistência aos doentes mentais no seu território, sendo muito pouco provável que não existam pessoas que necessitem de suporte em saúde mental, tendo em vista que uma equipe atende cerca de 1.200 famílias⁽⁷¹⁾.

Referindo-se a distúrbios mentais que ocorrem em populações, uma investigação ao avaliar a ocorrência de transtornos mentais comuns, em usuários da ESF, obteve um índice do total de sua amostra que correspondeu a 37,8% de pessoas com perfil sintomático para doença mental⁽⁷²⁾.

Na ESF, não é possível passar os casos; apesar de encaminhar pessoas para tratamentos mais complexos, esses pacientes moram no mesmo bairro; assim, o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual a maioria dos técnicos ainda não está preparada, embora algumas universidades brasileiras participem do processo de formação, por meio da criação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, financiados pelo Ministério da Saúde. Esse fator tem propiciado a revisão dos conteúdos curriculares dos profissionais da área da saúde⁽⁶⁴⁾.

Felisbino e Ribeiro⁽⁷³⁾ recomendam que as escolas de formação de profissionais na área de saúde (ensino médio e superior) incluam conteúdos nos seus currículos relacionados às temáticas de internalização da atenção primária à saúde bem como a estratégia de saúde da família. Também, seria prudente haver incentivo às Universidades, para que formem profissionais dentro das necessidades do setor de Saúde Pública, privilegiando a formação generalista, inserindo nos currículos a disciplina de Saúde Mental, que aborde a Reforma Psiquiátrica com base na ética e na cidadania⁽⁶²⁾.

Em estudo realizado por enfermeiras da ESF, com pacientes em sofrimento psíquico, observou-se a necessidade de oferecer melhor preparo a esses profissionais, para que eles saibam lidar com pessoas com doença mental. Os autores justificam que a formação baseada no paradigma biomédico da doença deve ser mudada, basicamente, para redefinir o objetivo da prática do seu trabalho, agora pautada nos princípios de desinstitucionalização e suporte às famílias, principalmente, quando não estão preparadas para aceitar o membro enfermo⁽¹⁴⁾, pois encontram dificuldades na convivência do egresso⁽⁷⁴⁾.

Os transtornos mentais, em todo mundo, ainda estão associados a estigmas e à exclusão econômica e social. Tais preconceitos aproximam o Século XXI da Idade Média, quando a loucura, termo usado para explicar o comportamento de qualquer pessoa que não se encaixasse nos modelos socialmente aceitos, era vista como uma manifestação do demônio⁽⁷⁵⁾.

É necessário desconstruir, além da instituição manicomial, as ideias, as noções e os preconceitos que a acompanham e modelam, e que são parte do imaginário, mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la⁽⁷⁶⁾.

Diante disso, percebe-se que é necessário desconstruir o conceito ou o preconceito que as pessoas trazem consigo em relação ao sofrimento psíquico, pois, um dos grandes desafios da assistência às pessoas que apresentam algum transtorno mental consiste no combate aos estigmas.

2.4 A FAMÍLIA DO DOENTE MENTAL

Para a desinstitucionalização tornar-se uma realidade, é necessário estabelecer condições básicas de tratamento e cuidados, não apenas para o paciente psiquiátrico, mas também à sua família⁽⁷⁷⁾. As transformações que vêm ocorrendo na assistência psiquiátrica têm permitido a participação dos familiares, tornando-os alicerces de novos programas terapêuticos⁽⁷⁸⁾.

Por exemplo, ressalta-se que o processo de desinstitucionalização e reinserção social do doente mental requer maior discussão em vários sentidos,

destacando, pelo menos, dois: primeiro, em relação à desmistificação da doença e do doente mental pela família e pela comunidade; segundo, no contexto o qual o doente está envolvido – a família e o meio social que o cerca - garantindo-lhe uma assistência adequada como espaço para a socialização, valorização e recuperação de suas potencialidades bem como reabertura da comunicação na família, trazendo, possivelmente, motivo para sua existência⁽⁷⁹⁾.

Vianna e Barros, ao estudarem duas associações de familiares de pessoas com transtornos mentais, essas pesquisadoras observaram que, em uma das associações, fica clara a dificuldade de familiares na convivência com o doente mental; descrença nos novos serviços; a certeza de que o estado não executa seu papel na assistência ao doente mental. Contrariando esse discurso, na outra associação, havia a certeza de que a sobrecarga do cuidado familiar era amenizado pela parceria com os serviços e os profissionais de saúde mental⁽⁸⁰⁾.

Devemos sempre lembrar que o envolvimento da família no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico é fundamental para a sua recuperação. O vínculo estabelecido entre a equipe e a família favorece o envolvimento desta no tratamento e, ao mesmo tempo, a equipe poderá atendê-la e apoiá-la em suas dificuldades, isso porque a doença não traz sofrimento somente ao indivíduo, mas também para a própria família, portanto, ambos precisam de apoio e de acompanhamento⁽⁸¹⁾.

É consenso entre profissionais que se deve oferecer suporte à família que tem um membro estigmatizado, como grupo de orientações a respeito das ansiedades, fantasias e expectativas em relação à doença mental e, também, porque são comuns os sentimentos de raiva, insegurança, culpa e solidão⁽⁸²⁾.

Nesse sentido, para os familiares, a “sobrecarga do cuidado” ao doente é diminuída quando existe “parceria com os serviços e profissionais na assistência prestada”. Essa sobrecarga será superada “a partir da construção e do desenvolvimento de um trabalho realizado pelo Estado, pelos serviços, pelas instituições formadoras e pelos profissionais de saúde, voltados para a realidade social e história vivida,” pelos familiares⁽⁸⁰⁾.

2.5 DELINEAMENTO DO PROBLEMA

O Programa Saúde da Família foi concebido em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de proceder à reorganização da atenção básica de saúde, trazendo novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência. A atenção deriva da vigilância à saúde e está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico, mental e social⁽⁸³⁾.

Para Vasconcelos⁽⁸⁴⁾, a criação da ESF reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Ao contrário de simplificação, a ESF é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis.

Para Souza⁽⁵⁶⁾, a proposta apresenta uma estratégia de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros, consolidando, assim, o Sistema Único de Saúde.

A atenção à família passa a ser um importante objeto das práticas em saúde, na busca da humanização, da ampliação do acesso aos serviços, da possibilidade de ampliar a intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Assim, no fim da década de noventa, passa a ser prioridade no discurso oficial das políticas públicas, o atendimento à família, tais políticas devendo vir acompanhadas de incentivos financeiros diferenciados, trazendo novas finalidades e formas de organização do processo de trabalho em saúde⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, a literatura oficial da estratégia preconiza que é de fundamental importância a atuação da equipe da ESF na identificação precoce de alterações de comportamentos e outros sinais do quadro de transtorno

psiquiátrico bem como o acompanhamento, inclusive medicamentoso, dos indivíduos fora do quadro agudo, e promover a discussão com a família e a comunidade sobre a inserção desse usuário, rompendo ou minimizando o estigma existente em relação aos transtornos mentais⁽⁴⁷⁾.

Surge, então, a necessidade de envolver cada profissional em uma nova maneira de trabalhar e de adaptar-se ao trabalho em equipe. Este deveria ser escolhido por seu perfil e não apenas por seus conhecimentos e habilidades acadêmicas. Não é qualquer profissional que se dispõe a trabalhar frente aos problemas da comunidade sem a proteção dos muros do hospital, do ambulatório ou do hospital dia⁽⁶⁴⁾.

A ESF, na atenção básica apresenta, entre outros, o objetivo de prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita⁽⁸⁵⁾. Sendo assim, a ESF deve ser um elo entre as famílias e os serviços de apoio e de tratamento do doente mental, no sentido de oferecer apoio e assistência aos familiares e portadores de doenças mentais, favorecendo o convívio deste, dentro da família, fazendo uso dos serviços alternativos como os CAPs, diminuindo, assim, os surtos e as internações.

A Reforma Psiquiátrica assim como as propostas da Reforma Sanitária, no que diz respeito à Estratégia Saúde da Família, defendem a saúde enquanto direito, o território como espaço privilegiado das ações de saúde, a necessidade de superação do modelo biomédico e o envolvimento das redes sociais, entre elas, a comunidade, o trabalho e a família^(21,45,86).

Assim, observamos que, tanto na Reforma Psiquiátrica como na Estratégia Saúde da Família, se apresentam princípios éticos e filosóficos comuns; por exemplo, na Declaração de Caracas⁽⁸⁷⁾, em que se dá ênfase à necessidade de colocar a atenção psiquiátrica em estreita vinculação com a atenção primária, uma vez que essas práticas consistem em práticas sociais que têm olhares mais abrangentes, integrais do sujeito e do seu processo saúde doença.

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica das equipes da ESF se evidencia diariamente, nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades básicas de saúde é bastante frequente, as queixas são as mais variadas e, para isso, seria

importante a equipe estar preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas desses usuários.

A ESF surge como uma proposta de atendimento às famílias, propiciando um espaço muito favorável para trabalhar, também, a promoção e o cuidado da saúde mental. Entretanto, o que se tem observado é o não preparo dos profissionais no que se refere à saúde mental. Muitas vezes, alguns transtornos leves não são identificados e são tratados como queixas pontuais^(81,88,89).

Para Cabral⁽⁵⁹⁾, a ESF atua com a lógica da desinstitucionalização com maior ênfase no vínculo, possibilitando uma estratégia adequada para trabalhar a saúde mental na atenção básica, pois suas equipes estão inseridas na comunidade e desempenham ações de promoção e de educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população.

A ESF, mais do que oferecer atenção básica, também se enfrenta com a necessidade de oferecer uma atenção mais complexa, sendo um local propício para a concretização dessa nova forma de fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade e estimular reflexões, pensar, uma vez que as novas práticas no atendimento ao sujeito não comportam mais a fragmentação deste, tendo como foco somente a doença⁽⁵⁹⁾.

Assim, existe um estreitamento no relacionamento entre o profissional envolvido e a comunidade atendida, ocorrendo a humanização das práticas de saúde e a satisfação do usuário. Os grupos de familiares são pessoas que têm nome e história e que conhecem os profissionais da ESF⁽⁶⁴⁾.

No âmbito da saúde mental na ESF, o enfermeiro, devido à sua formação curativa e individualista, aparenta uma enorme dificuldade para perceber a importância da ESF para a reforma psiquiátrica, ao lidar com as questões de saúde mental e a reinserção do paciente psiquiátrico na família e na comunidade. Assim, esse pouco conhecimento da reforma psiquiátrica, por parte dos profissionais da saúde e da própria população, é um fator preponderante na qualidade da atenção ao núcleo familiar e ao doente mental⁽⁸¹⁾.

As afirmações dos autores citados permitem inferir que a ESF necessita de melhor preparo no desenvolvimento afetivo e solidário diante da realidade encontrada na população, para entenderem que os problemas nem sempre são

de origem biológica e, normalmente, têm outras dimensões, tais como epidemiológica, cultural, social e, principalmente, mental.

Especificamente no município de Maringá, as questões até aqui abordadas têm ocupado centralidade no debate, acerca da estruturação do trabalho das 65 equipes existentes.

A primeira equipe da ESF de Maringá foi habilitada junto ao Ministério da Saúde em julho de 1998, pela Portaria 3.607 de 11/09/98, porém, passados 3 meses, foi desmontada e desabilitada devido a problemas de saúde do médico que compunha a equipe e da falta de incentivo do gestor⁽⁹⁰⁾.

O restabelecimento do Programa Saúde da Família veio a ocorrer, no município, somente com a criação de uma nova equipe em dezembro de 1999, após a realização da III Plenária do Conselho Municipal de Saúde, que teve como enfoque principal a ESF. No ano seguinte, após várias discussões envolvendo todos os funcionários da Secretaria de Saúde e com apoio do Conselho Municipal de Saúde e Orçamento Popular, decidiu-se implantar, no mesmo ano, a ESF, para 70 % da população⁽⁹⁰⁾. Hoje, a ESF chega a atingir cerca de 266 mil habitantes com uma cobertura de 74,5%⁽⁴⁰⁾.

Surita⁽⁹⁰⁾, ao investigar ESF, encontrou alguns problemas, tais como: aumento da demanda nos serviços das UBS, número de consultas especializadas insuficiente, conflitos entre profissionais que atuam nas equipes e os que atuam nas UBS no modelo tradicional, falta de espaço físico e equipamentos úteis às visitas assim como material didático na educação continuada. Ainda hoje, as dificuldades mencionadas persistem e estão a exigir uma reestruturação.

A ESF deve se constituir como a porta de entrada do sistema de saúde, sendo assim, as equipes dessas unidades podem ser uma das principais parceiras para a integração das ações de saúde mental. Segundo Alves e Seidl⁽⁹¹⁾, o sistema de saúde brasileiro vem apresentando importantes mudanças, sendo este, um momento privilegiado para a implantação e a transformação efetiva na área de saúde mental.

O Ministério da Saúde tem envidado esforços significativos, nas últimas décadas, por meio de portarias e também da Lei nº 10.216/2001, que norteia o rumo da reforma psiquiátrica. Essa legislação vem promovendo uma diminuição dos leitos psiquiátricos e a criação de serviços comunitários de

assistência em saúde mental, ou seja, serviços extra-hospitalares⁽⁹²⁾.

Um dos serviços extra-hospitalares priorizado pelo Ministério da Saúde tem sido o CAPS, que são unidades de saúde considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental e que devem seguir os princípios da territorialização, estarem circunscritos no espaço de convívio social, serem um serviço que resgata as potencialidades dos recursos dos recursos comunitários, que devem ser usados no cuidado em saúde mental assim como favorecerem a reinserção social⁽⁶⁰⁾.

Entretanto, no município, local de nosso estudo, essa valiosa ferramenta, destinada ao cuidado do doente mental, que é o CAPS, ainda não é uma realidade consolidada, pois há somente 2 CAPS, sendo que o primeiro destinado aos usuários de álcool e drogas, criado em 2002⁽⁹³⁾, conta com vários técnicos (Psiquiatra, Psicólogo, Assistente Social, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional) como preconizado pelo Ministério da Saúde, e o segundo, destinado aos Psicóticos, criado em 2004⁽⁹³⁾, e apresenta dificuldades no atendimento, pois, hoje, não conta com a presença efetiva dos técnicos durante o seu funcionamento, uma vez que os mesmos são cedidos do CISAM (Centro Integrado de Saúde Mental), quando necessário.

O CISAM pertence à Prefeitura do Município de Maringá, mas serve de referência para a 15ª Regional de Saúde⁽⁹⁴⁾; foi criado em 1994⁽⁹³⁾. No tocante aos hospitais psiquiátricos, o município conta com uma emergência psiquiátrica, no hospital municipal e um hospital psiquiátrico particular conveniado ao SUS.

O hospital psiquiátrico foi fundado em 1966⁽⁹⁵⁾ e, em meados da década de 70 e início da década de 80, obteve uma expansão no seu número de leitos. Essa expansão de leitos ocorreu em o todo território nacional, pois, o regime militar, baseado na generalização dos cuidados médicos individuais, promoveu esse crescimento com a garantia do pagamento dos leitos de internação privado⁽⁴⁾.

Em 2001, a Secretaria de Saúde do município, visando reverter o modelo centrado na ênfase das internações no Hospital Psiquiátrico, que detinha 364 leitos credenciados ao SUS, que correspondia a mais da metade dos 663 leitos disponibilizados ao SUS na cidade, propõe discussões no Conselho Municipal de Saúde, apresentando projeto de reestruturação da

Rede de Atenção Básica à Saúde^(96,97). Após dois anos, é criada a emergência psiquiátrica, no Hospital Municipal, com 26 leitos psiquiátricos⁽⁹³⁾.

O que se observa, a partir de então, é uma diminuição do tempo de internação dos pacientes e uma acentuada diminuição do número de leitos no hospital psiquiátrico local, o que está em consonância com a reforma psiquiátrica⁽⁹⁸⁾.

Esse movimento de saída do doente mental do hospital psiquiátrico para a casa e a comunidade está em sintonia com a reforma psiquiátrica, que apresenta uma proposta de democratização de acesso ao cuidado em saúde mental e tem como um dos seus objetivos a transformação do modelo hospitalocêntrico em modelo de serviços substitutivos.

Entretanto, é necessário que esse processo ocorra de maneira articulada; a redução de leitos em hospital psiquiátrico deve ser acompanhada da criação de serviços alternativos, que recebam os doentes na comunidade, como os Serviços Residenciais Terapêuticos, expansão da rede de CAPS, internações em hospitais gerais, entre outras, para que os pacientes não fiquem sem assistência.

A proposta preconizada pelo Ministério da Saúde na atenção ao doente mental em serviços abertos com a finalidade de reinserção deste na família e na comunidade possibilita novos saberes e conceitos a serem construídos juntamente com a sociedade, as famílias, os pacientes e os profissionais.

As Equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população ligada por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento; e, do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo⁽⁶¹⁾.

Nesse contexto, dentro da unidade básica de saúde, as práticas da disciplina de saúde mental e enfermagem psiquiátrica, da Universidade à qual o pesquisador está vinculado, são realizadas. Os acadêmicos estão inseridos em um programa que visa, primordialmente, à aproximação do serviço de saúde com o domicílio e, nessa perspectiva, realizamos visitas domiciliares aos familiares e às pessoas com doenças mentais.

O desenvolvimento do ensino teórico-prático da enfermagem psiquiátrica em nossa Universidade tem como foco principal a assistência às manifestações de comportamento do doente mental, estando ancorado em abordagens do referencial teórico de Hildegard Peplau e Faye Glenn Abdellah⁽⁹⁹⁾, com o acréscimo dos conceitos de Travelbee⁽¹⁰⁰⁾ e de Lacerda⁽¹⁰¹⁾.

A disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica é ministrada no 4º ano do curso, com carga horária de 135 horas, sendo que 90 horas são de atividades práticas e 45 horas de teoria. Os estágios são desenvolvidos em grupos de, no máximo, 6 alunos por professor, em algumas UBS do município.

A principal estratégia do ensino é a visita domiciliar.

A visita domiciliar é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Sendo constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde⁽¹⁰²⁾.

A Visita Domiciliar nos possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psicoafetivos sociais e biológicos, promovendo vínculos entre o cliente e os profissionais.

O processo de cuidar do portador de transtorno mental e sua família, no domicílio, é desenvolvido com abordagem fundamentada nas 4 fases do relacionamento terapêutico, proposto por Travelbee⁽¹⁰⁰⁾, acrescido do Processo de Cuidar, elaborado por Lacerda⁽¹⁰¹⁾.

A visita domiciliar no estágio tem como objetivos: estimular a adesão ao tratamento; inserção social da família e da pessoa com transtorno mental; promoção do autocuidado; adaptação e autonomia quanto às atividades da vida diária; orientação precoce quanto a efeitos colaterais dos fármacos assim como complicações, sinais e sintomas da doença; percepção de dificuldades sociais das famílias e realização de estratégias específicas, de acordo com a demanda (monitorar tratamento, encaminhar para consultas especializadas, propor atividades, entre outras).

A trajetória do estágio desenvolve-se com reuniões diárias na UBS, no início do expediente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, alunos e professor. Discutimos os casos de

pacientes graves do território, os relatos do dia anterior; o planejamento do dia. Durante essas reuniões somos informados, pelos ACS, dos endereços das famílias com pessoas portadoras de transtornos mentais. Normalmente, na primeira visita, o agente comunitário de saúde acompanha o aluno e o professor.

Os critérios para realização dessas visitas são baseados no que informa a equipe da ESF sobre os pacientes, assim, elegemos aqueles que estejam em surto psicótico, os recém saídos de hospital ou emergência psiquiátrica, que abandonaram o tratamento referenciado pela equipe da ESF e aqueles que a família solicita. De posse dessas informações, realizamos visitas a todas as famílias selecionadas, porém, os alunos desenvolvem um estudo de caso, somente de um paciente, que eles escolhem e acompanham por todo o período de estágio.

No decorrer da visita, desenvolvemos um conjunto de ações educativas e assistenciais, que possibilitam à família e ao aluno o desenvolvimento de habilidades no manejo com o doente, aumentando a compreensão do problema. Nesta, também avaliamos as condições ambientais e físicas em que vivem a pessoa com transtorno mental e seus familiares.

Ancorados no referencial teórico e na proposta da reforma psiquiátrica, os alunos, durante o estágio, desenvolvem o relacionamento terapêutico enfermeiro paciente quando elaboram e executam, juntamente com o paciente e/ou familiar, um plano de assistência de enfermagem. Esse plano é construído por meio do levantamento dos problemas que afligem a pessoa com transtorno mental e, a seguir, realiza-se, por ordem de prioridade do cliente, um planejamento para resolução do problema.

Na resolubilidade desses problemas, muitas vezes, são utilizados recursos existentes na comunidade e a assistência de enfermagem prestada é compartilhada com a equipe da ESF e a UBS, o que fortalece os pilares da humanização no tratamento estabelecendo vínculos consistentes com os profissionais, portadores de transtornos mentais e familiares.

As estratégias utilizadas como propostas terapêuticas nas resoluções de problemas são inúmeras. As intervenções têm por finalidade a inclusão social, e vai desde o encaminhamento à UBS, à emergência psiquiátrica, ao ambulatório e ou ao CAPS AD, como também a participação de projetos de

geração de renda que melhorem a qualidade de vida e proporcionem trocas deste com a sociedade, baseados nos princípios da reforma psiquiátrica.

As atividades práticas da disciplina não são realizadas em todos os meses do ano, assim, nos meses em que estamos ausentes, os familiares e os pacientes referem que a equipe não realiza visitas e, quando estamos presentes, realizam-nas. Notamos também que, no período em que se processa o ensino no campo, esses pacientes não faltam nas consultas especializadas (Psiquiátrica); não abandonam o tratamento medicamentoso e participam de atividades físicas e recreativas que a ESF oferece aos hipertensos e diabéticos.

Ao pensar na importância da equipe da ESF, na identificação das situações de adoecimento mental, haja vista que eles estão mais próximos dos usuários, possibilitando conhecer demandas que não chegam à UBS espontaneamente, alguns questionamentos foram formulados a partir da constatação de situações de sofrimento psíquico sem assistência.

A ESF, um dos dispositivos estratégicos na rede de atenção à saúde pública, está se mobilizando com o objetivo de promover uma assistência voltada à proposta da reforma psiquiátrica? Por que a equipe da ESF não realiza visitas planejadas a esses usuários e familiares? O que é necessário fazer para estimular a prática de visitas para as famílias de doentes mentais? A equipe da ESF tem o conhecimento e a retaguarda necessária para lidar com esses sujeitos? Como modificar os preconceitos e os sentimentos (estigma) que estão presentes, considerando que alguns referem “receio, medo de se aproximarem”? Como podem ser estimulados para trabalharem com o sofrimento mental, das famílias e dos pacientes? O que pensam as equipes da ESF sobre o processo saúde/doença mental? A temporalidade do ensino de enfermagem e, portanto, da presença de alunos e professores, interfere no processo de atenção em saúde mental da ESF?

Frente à problemática vivenciada por nós, no campo de ensino teórico e prático da disciplina de saúde mental e enfermagem psiquiátrica, temos como objeto deste estudo as ações de saúde mental realizadas pelas equipes da ESF na comunidade.

Considerando a revisão da literatura e a experiência do pesquisador, temos por pressuposto que a equipe da ESF não prioriza as ações de saúde

mental por insegurança – falta de conhecimentos e de apoio técnico/matricial, e por pré-conceito – seus conhecimentos são fundamentados no senso comum que privilegia a periculosidade como principal característica no processo saúde/doença mental e o familiar como “coitado”, mas o único responsável.

Assim, a finalidade desta pesquisa foi compreender como se desenvolve a atenção às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, na sua comunidade, realizadas pelas equipes da ESF, na perspectiva de fornecer subsídios que contribuam para a qualificação das ações de saúde mental destas e para o ensino de enfermagem em saúde mental.

Para desvelar essa realidade, propusemos os seguintes objetivos:

- 1- Identificar as ações desenvolvidas pela equipe da ESF junto às pessoas com transtornos mentais;
- 2- Analisar as representações sociais da equipe da ESF sobre o processo saúde/doença mental;
- 3- Compreender as necessidades da equipe da ESF para desenvolver as ações de saúde mental na comunidade;
- 4- Identificar as atribuições da equipe da ESF, relacionados às pessoas com transtornos mentais;
- 5- Identificar possibilidades e dificuldades na colaboração da Universidade com a ESF, a partir dos discursos da equipe.

CAPÍTULO 3

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um trabalho que envolve seres humanos, suas potencialidades, sua subjetividade e uma série de relações em que o homem está envolvido. Desse modo, entendemos que o trabalho qualitativo possa dar maior sustentação ao fenômeno social que, neste caso, refere-se às ações dos profissionais da equipe da ESF na atenção aos portadores de sofrimento psíquico e seus familiares.

A abordagem de investigação no método qualitativo não se preocupa com a criação de leis para generalizar o fenômeno, pois, nestes, “os métodos qualitativos enfatizam as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado”⁽¹⁰³⁾.

Para Minayo⁽¹⁰⁴⁾, as metodologias de pesquisa qualitativa são:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A mesma autora ainda refere que na pesquisa qualitativa há uma preocupação com uma realidade que não pode ser quantificada e que esta deve ser trabalhada com o universo dos significados, crenças, motivos, aspirações, valores e atitudes presentes nas relações e nas ações humanas⁽¹⁰⁴⁾.

Por meio desta pesquisa, pretendemos melhor compreender e entender o desenvolvimento da atenção às pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

De acordo com Demo⁽¹⁰⁵⁾, a dialética é a metodologia mais conveniente para a realidade social, considerando esta como portadora de condições objetivas e subjetivas.

Portanto, pensando nas ações da ESF, na atenção ao portador de

transtorno mental e seus familiares, o desenvolvimento deste trabalho foi orientado pela abordagem dialética, o que permitiu compreender os fenômenos da natureza e possibilitou investigar e analisar a realidade objetiva historicamente, tendo em vista que, em seus pressupostos, o homem não está à margem da história.

O método dialético, para Minayo⁽¹⁰⁶⁾, baseia-se em quatro princípios. O primeiro que cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se, significando que o momento presente é constituído de um passado e submetido à lei interna do movimento, gerando mudanças e transformações das coisas, das ideias e das relações. O segundo princípio está diretamente ligado ao primeiro, quando aborda o encadeamento nos processos em que as transformações ocorrem em espiral, vão acometendo seguindo o movimento interno, desencadeando outros movimentos vitais de mudança, nada se repete, tudo se transforma. O terceiro princípio, como o de que cada coisa, traz em si sua contradição, transformando-se em algum momento em seu contrário. O quarto princípio é o de a quantidade transformar-se em qualidade, esta é a superação do dualismo entre quantitativo e qualitativo, reconhecendo os limites quantitativos na qualidade e vice-versa. Ao mesmo tempo, os processos de transformação e mudanças são quantitativos e qualitativos.

O Materialismo Histórico Dialético constitui o caminho teórico que indica a dinâmica do real na sociedade, dialética, por sua vez, refere-se ao método de abordagem desse real. Busca compreender o processo histórico em toda sua dimensão, apreendendo o sujeito e sua prática, inseridos em uma sociedade, historicamente, delimitados e comprometidos com interesses e lutas próprias de seu tempo. A dialética é responsável por introduzir na realidade algo que contesta o permanente e o mutável, por meio dos princípios do conflito e da contradição⁽¹⁰⁴⁾.

Com essa perspectiva da pesquisa qualitativa, este trabalho foi fundamentado no conceito de representação social, de acordo com a abordagem do materialismo histórico e dialético.

Esse conceito, do ponto de vista do materialismo histórico e dialético, foi entendido por Barros⁽²²⁾, ao investigar as práticas de ensino da enfermagem psiquiátrica, por meio das representações sociais dos docentes que, segundo a visão marxista, é colocada “como ponto básico da produção de ideias e da

consciência determinado modo de vida do indivíduo, condicionado pelo modo de produção de sua vida material”⁽²⁷⁾.

As representações sociais, do ponto de vista do marxismo, vêm sendo trabalhadas mais detidamente por Gramsci e Lukács. Gramsci estuda o tema, de forma específica, sobre a ótica do “senso comum” e demonstra uma preocupação com a questão pedagógica da construção da hegemonia. Lukács aprofunda o tema das representações sociais em Marx, pela noção de “visão de mundo”⁽¹⁰⁴⁾.

Minayo⁽¹⁰⁴⁾ apresenta a contribuição de Gramsci sobre as representações sociais em três aspectos que julgou importantes: a) remove “a ideia de que o ‘senso comum’ seja inerente à ignorância das massas, mostrando como cada grupo social tem o próprio conformismo e ilusão”; b) direciona a questão “para os aspectos dinâmicos geradores de mudanças que coexistem com o conservadorismo no senso comum; c) examina “a composição mais abrangente das diferentes concepções de mundo – das representações sociais – de qualquer grupo social e de determinada época histórica”^(27,104).

Com relação às representações sociais, em Marx aprofundadas, por Lukács, pela noção de “visão de mundo”, Minayo⁽¹⁰⁴⁾ refere que:

[...] a visão de mundo não é um dado empírico imediato, mas um instrumento conceitual de trabalho, indispensável para se compreender as expressões imediatas do pensamento dos indivíduos. Sua importância e realidade também se manifestam no plano empírico. Ela é o principal aspecto concreto do fenômeno da ‘consciência coletiva’. Segundo Lukács a ‘visão de mundo’ é precisamente esse conjunto de aspirações, sentimentos e de ideias que reúne os membros de um grupo (mais frequentemente, de uma classe social) e os opõe aos outros grupos.

Numa visão marxista, a história pode ser analisada, interpretada, pelo olhar das relações sociais estabelecidas diante da produção de capital. Na visão gramsciana, essas relações significam um encontro conflitante de forças na busca pela hegemonia. Na linguagem gramsciana, essas relações significam embate de forças na busca pela hegemonia⁽¹⁰⁷⁾.

Spink⁽¹⁰⁸⁾, em sua proposta metodológica de análise para as representações sociais, enfatiza a necessidade de se relacionarem as

representações sociais com o contexto no qual elas foram produzidas. Essa opção metodológica, segundo ela, é mais adequada para se entender a dinâmica entre as representações e as condições sociais que a produziram. Enfatiza que devemos estudá-la “articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm”.

Para Minayo⁽¹⁰⁴⁾:

[...] as representações sociais não são necessariamente conscientes. Perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se manifesta a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos.

Essas representações sociais, para Minayo⁽¹⁰⁴⁾, “podem ser consideradas matéria-prima para análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, pois retratam a realidade”. São reflexos do dia a dia do sujeito, considerado como um ser humano dotado de concepções próprias.

E ainda, as representações sociais se expressam em sentimentos, condutas e palavras que se institucionalizam e são mediadas pela linguagem. A autora acrescenta: a realidade vivida é também representada e, por meio dela, os atores sociais se movem, constroem sua vida explicam-na conforme seu repertório de conhecimentos. Ela finaliza que as representações podem ser consideradas matéria-prima para análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação⁽¹⁰⁹⁾.

As representações sociais “inserem-se mais especificamente entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum”⁽¹⁰⁸⁾, sendo assim, formas de conhecimentos práticos vivenciados, que movem os atores sociais.

O homem comum que não detém o conhecimento científico para buscar resolver seus problemas e sem a ajuda da ciência, sem instrumentos, busca as informações e as interpretações que adquirem com a sua experiência de vida. Procura responder a essas questões tomando por base os seus conhecimentos, que a ciência denomina senso comum. Este é considerado um conhecimento vulgar, com o qual é necessário romper para que se torne

possível o conhecimento científico, racional e válido⁽¹¹⁰⁾.

Historicamente, os homens adquirem e acumulam informações e interpretações com a experiência de vida, por meio destas procuram dar respostas às questões e às necessidades de seu mundo, tomando por base seus conhecimentos, que a ciência atribui ser o senso comum.

O senso comum, enquanto conceito filosófico surge no século XVIII e representa o combate ideológico da burguesia emergente contra o irracionalismo do *ancien régime*. Trata-se, pois, de um senso que se pretende natural, razoável, prudente, um senso que é burguês e que, por uma dupla implicação, se converte em senso médio e em senso universal. A valorização filosófica do senso comum esteve, pois, ligada ao projeto político de ascensão da burguesia, pelo que não surpreende que, uma vez ganho o poder, o conceito filosófico de senso comum tenha sido correspondentemente desvalorizado como significando um conhecimento superficial e ilusório. É contra ele que as ciências sociais nascem no século XIX⁽¹¹⁰⁾.

Santos⁽¹¹⁰⁾ refere ainda que:

[...] o senso comum é indisciplinar e imetódico; não resulta de uma prática especificamente orientada para o produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder quotidiano da vida. Por último, o senso comum é retórico e metafórico; não ensina, persuade.

Weber⁽¹¹¹⁾ fala da eficácia desse conhecimento e deixa claro tratar-se de um conhecimento sob o qual vivenciamos e ainda que deve ser encarado pela ciência como um conhecimento diferente e não como inferior ou menor.

Para Gramsci⁽¹¹²⁾, o senso comum compreende muitas coisas e pessoas, ele “é um nome coletivo”, portanto, “não existe um único senso comum, ele também é um produto e um devir histórico.” Assim, o senso comum não pode se constituir de regras intelectuais estabelecidas porque “não podem reduzir-se à unidade e à coerência nem mesmo na consciência individual”, quanto mais “na consciência coletiva”, pelo menos, não “livremente”.

Para o mesmo autor, o senso comum, ainda que “implicitamente”, “empregue o princípio de causalidade”, para dar respostas às suas necessidades, utilizando-se de “uma série de juízos”, consegue identificar “a causa exata, simples e imediata” do problema⁽¹¹²⁾. Portanto, o homem comum, utilizando-se do bom senso, assim como a ciência, também acerta. Entendemos, desse modo, que o homem comum, impulsionado pelas suas

necessidades, age sem formulações teóricas ou de métodos. Desenvolve interpretações e cria soluções.

Assim, na perspectiva do que pretendemos estudar, entendemos que o conceito de representação social, fundamentado na dialética, o senso comum, possibilitou compreender concepções e ações de saúde/doença mental da ESF no desenvolvimento da assistência domiciliar às pessoas com transtornos mentais.

Com essas considerações, definimos neste estudo as categorias analíticas que, segundo Minayo⁽¹⁰⁴⁾, são aquelas que detêm “historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais.” Essas categorias são: a ideologia e a atenção domiciliar.

3.1 CATEGORIA ANALÍTICA

3.1.1 Ideologia

Na busca da identificação e entendimento do conceito de ideologia, identificamos na literatura que o sentido da palavra ideologia já era discutido pelas culturas greco-romanas da Antiguidade Clássica e da Idade Média⁽¹¹³⁻¹¹⁶⁾.

Segundo Lowy⁽¹¹⁴⁾, a origem do termo surgiu com Tracy, que criou a palavra e lhe deu o primeiro de seus significados: ciência das ideias. Ganhou o sentido pejorativo quando Napoleão chamou Tracy e seus seguidores de ideólogos no sentido de deformadores da realidade. No entanto, os pensadores da Antiguidade e da Idade Média já entendiam ideologia como o conjunto de ideias e opiniões de uma sociedade^(113,114).

Marx retoma o termo ideologia, concebendo como uma consciência falsa. Para Marx, claramente, ideologia é um conceito pejorativo, um conceito crítico que implica ilusão ou se refere à consciência deformada da realidade, que se exerce por meio da ideologia dominante: as ideias das classes dominantes são as ideologias dominantes da sociedade^(113,114).

Vários pensadores abordaram a temática da ideologia, muitos mantiveram as concepções propostas por Marx, outros, com Lowy, passaram a abordar ideologia como sendo sinônimo de visão de mundo.

Para Thompson⁽¹¹⁷⁾, a ideologia deve ser usada para se referir às maneiras (significados), em situações “particulares, para estabelecer e sustentar relações de poder que são sistematicamente assimétricas e presentes em relações de dominação”. Então, conclui, quanto ao termo: “ideologia é sentido a serviço do poder”.

A ideologia, para Chauí⁽¹¹³⁾:

[...] é um fato social justamente porque é produzida pelas relações sociais, possui razões muito determinadas para surgir e se conservar, não sendo um amontoado de ideias falsas que prejudicam a ciência, mas certa maneira da produção das ideias pela sociedade, ou melhor, por formas históricas determinadas das relações sociais.

Na ideologia está presente a separação entre produção de ideias e momento histórico-social, isto é, a ideologia concebe essa dissociação no afã de explicar o que ocorre à volta. Assim, a história é vista como “entidade autônoma que possui o próprio sentido e caminha por conta própria, usando os homens como seus instrumentos ocasionais”⁽¹¹³⁾:

[...] a ideologia é um dos instrumentos da dominação de classe e uma das formas da luta de classes. A ideologia é um dos meios usados pelos dominantes para exercer a dominação, fazendo com que esta não seja percebida como tal pelos dominados⁽¹¹³⁾.

A ideologia, para Fiorin, é uma “visão de mundo, ou seja, o ponto de vista de uma classe social a respeito da realidade.” Nesse sentido, podemos dizer que existem diversas visões de mundo tantas quantas forem as “classes sociais”, e que existem “visões de mundo” conectadas “às formas fenomênicas da realidade e outras que a ultrapassam, indo até a essência”. Portanto, “nem toda ideologia” é uma “falsa consciência”⁽¹¹⁸⁾.

Podemos dizer que a ideologia determina uma prática que serve para criar, ou manter, relações assimétricas, desiguais, injustas e que leva as pessoas, no caso do nosso estudo, os profissionais da equipe da ESF, a reproduzirem o que Chauí chama de “relação de dominação”⁽¹¹³⁾.

Sem precisar recorrer à violência física, a ideologia mantém uma hegemonia, um consenso e uma coesão social, ao esconder as distorções e mascarar as desigualdades sociais, por meio de uma realidade ilusória.

O discurso de consenso e hegemônico da assistência ao doente mental foi estudado por Foucault⁽¹¹⁹⁾ que identifica, no século XVIII, uma mudança epistemológica a partir da constituição da loucura enquanto doença mental, no registro do cuidado psiquiátrico e suas formas de tratamento fundadas na segregação e no isolamento.

Entretanto, as práticas de reclusão e confinamento, de uma massa heterogênea, antecedem a criação dos manicômios, tendo seu marco no movimento descrito por Foucault como a Grande Internação. Nesse período, houve uma reestruturação do espaço social, que impunha medidas de saneamento das cidades, assim, as pessoas que não se enquadravam à nova ideologia, predispostas ao ócio, à mendicância, à delinquência, e ainda os pobres inválidos desempregados e os loucos, que infestavam as cidades, foram confinados em asilos⁽¹¹⁹⁾.

Com as ideias do Iluminismo e os princípios da Revolução Francesa, liberdade, fraternidade e igualdade, ocorre a diminuição da internação, considerando que internar sem perspectivas de tratamento constituía privação da liberdade e desrespeito aos direitos dos homens; a partir disso, os loucos passaram a receber cuidados médicos, os doentes mentais passaram a ter caráter patológico^(120,121).

Nesse período, o processo de instalação da economia capitalista necessita da força braçal dos trabalhadores para permitir o desenvolvimento da produção e do comércio, fato esse que determinou a reabilitação moral dos pobres, dos desocupados e dos vagabundos, que passam a ser reintegrados à economia e o doente mental passa a ser o herdeiro do internamento, devido à incapacidade para o trabalho⁽¹¹⁹⁾.

Assim, o isolamento e a segregação do doente mental consolidam-se no pensamento hegemônico, por séculos, até que a atual reforma psiquiátrica entre em confronto com esse modelo de assistência hospitalocêntrico e de exclusão do doente mental.

Atualmente, Godoy e Bosi⁽¹²²⁾ destacam o processo de isolamento dos loucos, a “construção social do estigma”, pois, referem que, nessa “reclusão

imposta” sobre ele, constrói-se “a concepção de louco enquanto um ser perigoso, nefasto, incapaz, um “não-ser”, legitimando-se a condição de “não-cidadão”, “não-sujeito”.

Neste trabalho, que estuda as ações dos profissionais da ESF, foi importante a utilização como categoria analítica a ideologia, pois, viabilizou a apreensão das representações contidas nos discursos.

3.1.2 Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar à saúde prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações⁽¹²³⁾.

A atenção domiciliar é uma categoria geral que incorpora e representa a visita, a internação e o atendimento domiciliar, sendo que cada uma contém seus objetivos e características, sendo desenvolvido no domicílio. Os serviços de saúde são oferecidos de maneira contínua ao indivíduo doente e à sua família, em seu domicílio, apresentando objetivos definidos de promoção, manutenção e reabilitação, diminuindo a dependência, “minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura”^(124,125).

Segundo Costa⁽¹²⁶⁾, “a visita domiciliar como atividade dirigida à família enseja um tipo de ensino voltado à solução de problemas de vivência em situações da vida real, no ambiente familiar”. É uma atividade caracterizada fundamentalmente pela interação entre indivíduos, e aí, a comunicação assume uma importância decisiva.

Para Takahashi e Oliveira⁽¹²³⁾, visita domiciliar é instrumento que desenvolve ações de intervenção na saúde da família de maneira continuada, em qualquer forma de atenção domiciliar, essas são programadas com a finalidade de subsidiar as intervenções ou o planejamento das ações.

A internação domiciliar é o cuidado no domicílio de pacientes, com

problemas agudos ou egressos de hospitalização, que exijam uma atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da UBS e a família assuma parcela dos cuidados. Esse atendimento não substitui a internação hospitalar⁽¹⁰²⁾.

A internação domiciliar é um conjunto de atividades desenvolvidas na residência, sendo caracterizadas pela atenção em tempo integral ao doente com quadro clínico mais complexo e com o acompanhamento contínuo, a equipe necessita de aparato tecnológico assim como suporte especializado⁽¹²⁷⁾.

O atendimento domiciliar também pode ser chamado de assistência domiciliar ou de cuidado domiciliar e está relacionado com a interação do profissional com o doente, sua família e ou cuidador, se “existir”⁽¹²⁵⁾. Trata-se de um “conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio”⁽¹²⁷⁾.

Com relação à assistência domiciliar, no que diz respeito ao poder público, quando ocorre, depende de iniciativas do gestor ou de grupos de profissionais de hospital. Há um predomínio da Assistência Domiciliar no âmbito hospitalar⁽¹²⁸⁾.

Rehem relata ainda que, em documentos da PSF, a internação domiciliar é referida como uma prática incentivada pelo programa, porém, não substitui a internação hospitalar tradicional e deve ser utilizada com o intuito de humanizar e garantir qualidade e conforto ao paciente⁽¹²⁸⁾.

À equipe de saúde da família cabe reconhecer que o núcleo familiar também precisa de apoio por parte do serviço, que a família tem o papel fundamental para o bom desenvolvimento do cuidado ao usuário.

O profissional inserido na comunidade desenvolve suas ações e interações com os pacientes e familiares, que vão além dos problemas relatados e apresentados por eles, pois observam também os fatores sociais (econômicos, espirituais e culturais), os recursos disponíveis na casa, as condições de higiene e de segurança, o grau de esclarecimento da família⁽¹²⁹⁾.

Assim, a assistência domiciliar à saúde vem transpor as práticas institucionalizadas da saúde construindo novos paradigmas e novas ações profissionais, transformando as interações e as relações dos indivíduos em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio.

Na busca de um modelo de assistência, procurando a reabilitação e a convivência do doente mental na sociedade, devemos ajudá-lo a construir sua cidadania, aumentando o seu poder de contratualidade que, para Saraceno⁽¹³⁰⁾, se apresenta sobre 3 cenários: o habitat (casa), a rede social e o trabalho.

As abordagens reabilitativas devem ser realizadas na rede social familiar, por esta encontrar-se mais concreta e definida para a equipe terapêutica, para o paciente e para a própria família. A família tem um papel importantíssimo, principalmente, no que se refere a propiciar ao usuário melhores condições de vida. Um dos grandes ganhos na inclusão sistemática da família no tratamento diz respeito à retirada de estereótipos, por exemplo, o de a família ser a possível responsável pela doença do paciente⁽¹³⁰⁾.

Essa compreensão sobre o conceito da atenção domiciliar nos ajudou a caracterizar as ações da equipe da ESF junto aos familiares e às pessoas com doenças mentais.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O Município de Maringá, situado na região Noroeste do Estado do Paraná, tinha uma população estimada, em novembro de 2010, de 357.000 habitantes, polo de assistência para 29 municípios da 15ª Regional de Saúde, com cerca de 750.000 habitantes⁽⁴⁰⁾.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) cresceu de 0,762 no ano de 1991 para 0,841 em 2000. O município está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano com IDH maior que 0,8, segundo classificação do Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD), ocupando a 63ª posição no Brasil⁽⁹⁴⁾.

Quanto à organização da assistência ambulatorial e hospitalar, o município contava com:

A – Rede ambulatorial

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁽⁴⁰⁾:

- 24 Unidades Básicas de Saúde na Zona Urbana e 2 na Zona Rural, para prestação de assistência médica, odontológica atendimento psicológico breve, cuidados básicos de enfermagem, vacinação;
- 04 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS);
- 44 Equipes de Saúde da Família (EESF);
- 09 Equipes Saúde da Família C/Bucal Modalidade I (ESB 1);
- 08 Equipes Saúde da Família C/Bucal Modalidade II (ESB 2).

Essas equipes desenvolvem uma cobertura de 74,5% da população.

- 2 policlínicas, (Zona Norte e Zona Sul), em cuja estrutura funcionam os serviços de referência especializada (médica e odontológica) e exames especializados⁽⁹⁴⁾.
- Laboratório de análises clínicas, referência para a realização de todos os tipos de exames solicitados pelas unidades de saúde⁽⁹⁴⁾.
- Farmácia Central, que efetua a aquisição e a distribuição de medicamentos para toda a rede⁽⁹⁴⁾.
- Ambulatório HIV/DST e Clínica da Mulher servem de referência para as UBS, como também para a 15ª Regional de Saúde⁽⁹⁴⁾.
- 1 Centro Integrado de Saúde Mental que serve de referência para a 15ª regional de saúde⁽⁹⁴⁾.
- 1 Residência Terapêutica para portadores de transtornos mentais⁽⁹⁴⁾.
- 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga⁽⁹⁴⁾.
- 1 Centro de Atenção Psicossocial para psicóticos⁽⁹⁴⁾.

B – Rede hospitalar

Existem no município, no que se refere à rede hospitalar, dois hospitais públicos, um municipal e outro estadual, sete hospitais privados, sendo um psiquiátrico, e um filantrópico, que disponibilizam um total de 1292 leitos, sendo que 278 são leitos psiquiátricos, assim distribuídos: 26 leitos são da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal; 240 leitos adulto mais 12 leitos para adolescentes álcool e droga estão no hospital psiquiátrico particular, que

representa 54,4% dos leitos cadastrados no SUS⁽⁴⁰⁾.

O presente estudo foi realizado na Unidade Conjunto Guaiapó/Requião do Município de Maringá. A coleta de dados ocorreu em abril de 2011.

A escolha dessa Unidade Básica de Saúde deve-se ao fato de ser ela uma das unidades onde os alunos realizam estágio da disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, configurando-se como um lugar privilegiado para compreensão da realidade investigada: as ações dos profissionais da ESF frente aos doentes mentais e seus familiares. E ainda, as inquietações que motivaram a realização desta pesquisa têm origem a partir de observações desses serviços.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A população deste estudo foi composta pelos profissionais das equipes da ESF, da Unidade Conjunto Guaiapó/Requião que são: 14 ACS; 03 auxiliares de enfermagem; 03 enfermeiras; 03 médicos. Totalizando 23 profissionais que poderiam participar da pesquisa. No entanto, participaram desta pesquisa 17 profissionais, sendo: 3 médicos; 2 enfermeiras; 2 auxiliares de enfermagem e 10 ACS; tivemos um problema no áudio na entrevista de 01 médico e 02 ACS, o que impossibilitou a transcrição desses entrevistados. Assim, a população totalizou 14 profissionais. Os outros profissionais justificaram a não participação por motivos pessoais, falta de disponibilidade de tempo e necessidade de atendimento à população.

A seguir, apresentamos o perfil dos profissionais da ESF com o intuito de caracterizar quem foram os sujeitos da pesquisa.

Em relação ao sexo houve predomínio para sexo feminino, sendo 11 mulheres e 3 homens os sujeitos desta pesquisa.

Os profissionais das equipes têm idade entre 27 e 62 anos, com tempo de trabalho na ESF que variou entre 04 meses a 11 anos.

Todos os ACS têm o ensino médio completo.

Os médicos têm entre 700 a 1400 famílias cadastradas em sua região de abrangência e, nesta área, realizam em torno de 5 a 10 visitas semanais. As

enfermeiras realizam entre 5 a 10 visitas semanais em uma região de abrangência que varia entre 700 a 1400 famílias cadastradas em sua área. Os ACS referiram realizar entre 30 a 70 visitas domiciliares semanais e o número de famílias na área de abrangência variou entre 170 a 260 famílias cadastradas. A auxiliar de enfermagem realiza de 6 a 7 visitas semanais e acompanha cerca de 700 famílias em sua área.

Em estudo realizado, observou-se que, em média, os médicos e os enfermeiros do PSF realizam 2 visitas por semana⁽¹³¹⁾. Assim, se as famílias apontadas em nosso estudo pelos médicos, os ACS e enfermeiros ultrapassarem na média mais de 3 habitantes por família, teremos uma população maior do que a recomendada pelo Ministério da Saúde, pois o recomendado, como já citado, é de 4000 habitantes para a equipe e para o ACS, 750.

3.4 COLETA DE DADOS

Realizamos entrevistas abertas, semiestruturadas, devido ao nosso interesse em produzir um material para podermos aprofundar a discussão bem como compreender as especificidades culturais do grupo estudado (experiências, vivências e representações) (APÊNDICE B e C).

Durante as entrevistas, podemos dizer que "o entrevistador se libera de formulações pré-fixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções, que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões"⁽¹⁰⁴⁾. E ainda que consideramos a entrevista como o "instrumento para orientar uma conversa com finalidade que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação"⁽¹⁰⁴⁾.

De acordo com Minayo⁽¹⁰⁴⁾, "esse tipo de pesquisa (qualitativa) não pode basear-se no critério numérico, para poder garantir sua representatividade. A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões".

Como instrumento, foi utilizado um roteiro com uma parte introdutória

contendo dados de identificação do serviço, da equipe, informações contextuais e quatro questões norteadoras, que permitiram a análise da opinião dos sujeitos destacados dentro desse contexto. Além dos profissionais da ESF, convidamos os diretores das UBS para participarem desta pesquisa na condição de informante. Entretanto, devido à falta de disponibilidade de tempo e atendimento à população, não foi possível o agendamento para a entrevista.

Após Exame de Qualificação, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP). Sendo analisado sob o aspecto ético-legal, atendendo às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto teve aprovação. Em seguida, foi encaminhado para a Secretária Municipal de Saúde de Maringá, para a devida apreciação e liberação para realização da pesquisa. Com a liberação, entramos em contato com os diretores das UBS para agendar uma reunião com as equipes. (ANEXO C).

Cada uma das equipes foi contatada e esclarecida sobre o objetivo da pesquisa. Após devidamente esclarecidos sobre a natureza e o tema deste estudo como também a garantia de anonimato e os que dispuseram a participar, agendaram e iniciaram a entrevista.

Assim, ao iniciarmos a entrevista e novamente esclarecermos, aos participantes, a natureza e os objetivos da pesquisa, a voluntariedade de sua participação, a garantia do sigilo referente aos dados confidenciais, os benefícios e a prevenção de danos previsíveis. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias, sendo que uma lhes foi entregue e a outra foi arquivada pelo pesquisador, iniciamos a entrevista.

As entrevistas foram realizadas com cada profissional da ESF, individualmente, sendo gravadas e transcritas na íntegra, após cada encontro. Após a transcrição, iniciamos a análise do material, classificando os profissionais médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e ACS como: M1, M2, E1, E2, AE1, AE2 e AC1, AC2,..., AC8.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os dados obtidos, adotamos os seguintes procedimentos: após as entrevistas, transcrevemos as gravações e realizamos uma primeira leitura do material, organizamos os relatos, revendo objetivos e questões teóricas discutidas no estudo. Terminando essa etapa, mapeamos os discursos, segundo os temas emergentes (sempre guiados pelos objetivos da pesquisa). Esses agrupamentos permitiram a apreensão dos significados, a associação de ideias e a captação da variedade de pensamentos.

Vianna e Barros⁽¹³²⁾ referem que, quando nos apropriamos desse “método de análise, estamos procurando ir além do que se diz, do que fica na superfície das evidências. Estamos aí, buscando a sua essência, o não-dito, o que se esconde nas palavras”.

O material foi analisado por meio da Análise do Discurso, de acordo com as respostas dos sujeitos desta pesquisa, que são sujeitos sociais, portanto, assimilam discursos, que estão descritos na sua linguagem.

Para realizarmos a Análise do Discurso, interpretamos o texto procurando procedimentos e argumentos presentes nele, procurando evidenciar as contradições e a essência dos fenômenos e, assim, apreendemos as representações contidas nesses discursos. Segundo Fiorin e Savioli⁽¹³³⁾, a argumentação está sempre presente e é entendida como qualquer tipo de procedimento usado por quem produz o texto com vista a levar o leitor a aderir às teses por ele defendida.

Os mesmos autores recomendam que, na análise do texto, o leitor deve percorrer por inteiro procurando um significado mais amplo. Figuras e Temas agrupados conduzem a um mesmo bloco de significação, que permite depreender o tema do texto; conseqüentemente, surgindo dos Temas depreendidos a categoria funcional.

Fiorin e Savioli⁽¹³³⁾ definem Tema como um elemento não/presente no mundo natural, mas que exerce o papel de categoria ordenadora dos fatos observáveis. Já a Figura é o elemento semântico que remete a um elemento do

mundo material.

De acordo com o que foi exposto, obedecemos, para a análise deste estudo, à sequência proposta por Vianna e Barros⁽¹³²⁾:

- Leitura repetida dos discursos.
- Análise das várias possibilidades de leitura do texto. Importante salientar que um texto pode permitir várias leituras.
- Análise da estrutura do texto de acordo com as estruturas discursiva, narrativa e profunda, procurando depreender as figuras e os temas.
- Identificação dos valores, crenças e concepções dos sujeitos, presentes no texto.
- Identificação das argumentações presentes nos discursos dos sujeitos.
- Reconhecimento da emergência das categorias empíricas deste estudo a partir dos temas depreendidos.

Desse modo, os temas depreendidos nos discursos conduziram à elaboração das categorias empíricas deste estudo. As categorias empíricas “são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo”⁽¹⁰⁴⁾ da fase empírica. Essas categorias “têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica”⁽¹⁰⁴⁾, sejam elas:

- Categoria 1 – Processo saúde doença/mental.
- Categoria 2 – Família.
- Categoria 3 – Processo de trabalho.

Na análise dos textos figurativos, apreendemos os temas buscando sistematizar e enriquecer os resultados deste estudo.

No próximo capítulo, apresentamos o resultado da análise.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DOS DISCURSOS

4.1 PROCESSO SAÚDE/DOENÇA MENTAL

O processo que envolve a enfermidade e a cura tem sido influenciado, historicamente, pelos paradigmas que regem a saúde e a doença. Portanto, o processo saúde/doença na população, e a sua compreensão, vem se modificando nos diversos momentos históricos, conforme o desenvolvimento científico e social da humanidade.

No decorrer da história, houve a mística sobre a doença, que os povos primitivos julgavam ser um fenômeno sobrenatural, que estava além da sua compreensão de mundo. Esses povos admitiam o fenômeno como proveniente de causa mágico-religiosa e possessão de maus espíritos; desenvolveram tecnologias de cuidados por meio de rituais, rezas e benzimentos, muitos dos quais presentes, até hoje, em algumas seitas e rituais religiosos, que executam tais práticas nessa concepção do processo saúde doença mental⁽¹³⁴⁾.

Até meados do século XIX, predominou a teoria miasmática, como paradigma explicativo dos problemas de saúde; essa conseguia responder as importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas na esfera dos novos processos de moradia e da produção industrial, ocorridos naquele período. Surgiram estudos sobre a contaminação de alimentos, da água assim como estudos ocupacionais, que trouxeram importante contribuição para o conceito de miasma e para as ações de saúde pública⁽¹³⁵⁾.

No final do século XIX, com os estudos de Koch e Pasteur, passa a “prevaler a teoria da causalidade com a descoberta dos micróbios (Vírus e bactérias), como os agentes etiológicos da doença”⁽¹³⁶⁾; com essa descoberta, afirma-se um novo paradigma para a explicação do processo saúde doença. Desde então, o aspecto biológico tem recebido destaque.

Assim, afirma-se o modelo biomédico apoiado nas suas observações e formulações, exclusivamente. Esse modelo não se contextualiza com o psicossocial dos significados; uma vez que a doença tem origem no exterior do corpo, invadindo-o e causando mudanças físicas dentro do mesmo. Essas doenças causam um grande número de fatores, que provocam um desequilíbrio químico no organismo, tendo origem nos micro-organismos, como

as bactérias, vírus e a predisposição genética.

Especificamente no campo da saúde mental, o que existia anterior ao século XVIII eram instituições onde se encontravam internados crianças epiléticas, insanos, condenados por delitos⁽¹³⁷⁾, também funcionava como dispositivo de caridade e hospedaria. Entretanto, no final daquele século, passaram a ser ordenados pelo saber/fazer biomédico, sendo Pinel, o alienista, seu primeiro representante^(21,138).

Para Saraceno, o modelo biomédico é proveniente do paradigma positivista, pois opera sobre a ótica de que, para cada doença, existe uma causa e se propõe um tratamento. Refere ainda que esse princípio é simplificador na forma como compreender o sofrimento psíquico e formula respostas, e ainda, que é centrado no indivíduo particularizando a doença e desconsiderando a interação entre o indivíduo e o seu contexto social e histórico⁽¹³⁹⁾.

Além disso, o modelo biomédico é incapaz e insuficiente para explicar a ocorrência de uma série de agravos à saúde do homem, devendo, assim, ser complementado por uma série de outros conhecimentos produzidos, que demonstram uma multicausalidade como determinante da doença e não apenas a presença de um micro-organismo. Desse modo, uma série de estudos e conhecimentos vem esclarecer melhor a determinação e a ocorrência das doenças em termos individuais e coletivo, passando a considerar a saúde e a doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais⁽¹³⁶⁾.

Hoje estamos vivendo o período de mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, mais especificamente em relação à assistência ao doente mental voltada ao resgate de sua cidadania.

As características cronificadoras das instituições asilares e do modelo “instituição totalitária”⁽¹⁴⁰⁾, despersonalizante desses dispositivos na metade do século XX, gerou críticas e propostas de reformas na atenção, iniciadas pelos movimentos das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra, da Psicoterapia Institucional, na França e culminando com a instalação das Terapias de Família⁽²¹⁾. Além desses países, o modelo italiano representa, para o Brasil, uma inspiração importante para o movimento da Reforma Psiquiátrica, pois, em vez de centrar-se na doença, apresenta uma concepção de sofrimento-

existência articulando-se às iniciativas de resgate da cidadania e inserção social, possibilitando a produção de mudanças no campo sociocultural.

Além disso, o movimento da Reforma Psiquiátrica que, a partir de uma perspectiva preventiva e promotora de saúde, insere-se nos espaços sociais, contribuiu para transformações do paradigma assistencial desenvolvido pela psiquiatria clássica; de igual forma, insere-se no mesmo contexto político e ideológico da Reforma Sanitária, isto é, o contexto da prevenção de doenças e da promoção de saúde.

Para os novos modelos de assistência, a Organização Mundial da Saúde recomenda investir menos recursos aos hospitais psiquiátricos, voltando-se às estruturas comunitárias mais elásticas e contextualizadas, possibilitando-se intervir de maneira mais individual e humana⁽¹⁴¹⁾.

Atualmente, há uma preocupação com o uso de tecnologias, com o controle dos recursos financeiros e da qualidade dos serviços, fatores esses que ganham destaque. Temos ainda novos conceitos que envolvem o processo de cuidado como: acolhimento, acreditação, humanização, cuidados individualizados e integral, dentre outros. Nesse processo de cuidado, encontramos fatores que buscam laços entre aqueles que cuidam e os que são cuidados⁽¹⁴²⁾.

Sendo assim, acreditamos que é possível construir uma nova ética no estabelecimento de relações indivíduo-sociedade, em que se insere a relação saúde doença mental possibilitando que as relações terapêuticas sejam estabelecidas entre cidadãos.

Desse modo, buscamos analisar e compreender o agrupamento das frases temáticas depreendidas dos discursos dos profissionais das equipes da ESF, em que identificamos concepções a cerca do processo saúde doença mental.

4.1.1 As Concepções

Na concepção de doença, surge a descrição de sinais e sintomas em alguns dos discursos expressos pelos profissionais da ESF:

AE2¹ [...] chegou um caso de uma menina com anorexia, que ela não estava comendo, que ela também não estava trocando as roupas e também não estava tomando banho. Estava perdendo muito peso.

AE2⁴ Ela vive achando que possui várias doenças, às vezes, ela pensa que possui um cisto, uma diabetes, gastrite crônica. Fazemos exames e, no fim, acaba não tendo nada. Às vezes, ela toma medicação, mas não come, acaba agravando o estômago, e ela acaba martelando sempre que possui alguma doença grave.

M1²³ Aí é aferida a pressão, também é vista a glicemia capilar e a gente faz a renovação da prescrição, de psiquiatria também. Aí, quando a pressão não está boa, ela vem aqui agendar consulta.

M2⁶ [...] era uma paciente bastante complicada, com doença mental, existia bastante perda de peso, debilidade na sua saúde.

AC8⁴ [...] ela frequentava o CAPS, pois o problema dela era estar perto de pessoas, ela tem medo das pessoas.

AC2³ [...] agora que eu já conheço a história da família, conheço o que foi, como surgiu [a doença], como ele vai mudando as características, para mim, já ficou fácil ver os sintomas que ele apresenta.

AC7²⁴ Toma o medicamento certinho, só que ele ficou um homem, ele é bem grandão, forte, mas ficou tipo a um robô mesmo, isso também me choca, uma pessoa assim tão trabalhadora, hoje se encontrar assim, robotizado, que é a ação do medicamento, é uma pessoa boa, te ouve, mesmo não obedecendo, te ouve. (risos).

Os discursos revelam que, mesmo o profissional sem formação específica (ACS), utilizando-se dos conhecimentos de vida, do senso comum e de sua prática profissional, percebe a doença como expressão de sinais e sintomas. Eles também destacam, as características e o surgimento da doença, os efeitos colaterais provocados pelo uso de medicamentos.

Cardoso, Reinado e Campos, em estudo realizado com ACS, observaram que estes utilizam de sua experiência adquirida no trabalho como referencial para citar sinais e sintomas de doença, e ainda, que demonstram um conhecimento sobre o transtorno mental e comportamental advindo da prática⁽¹⁴³⁾.

Os profissionais médicos assim como os auxiliares de enfermagem também revelam em seus discursos a compreensão da doença como sinais e os sintomas que surgem nos pacientes.

Desde a antiguidade, uma série de sinais e sintomas foram descritos ao longo da história, entretanto, a primeira tentativa de classificação das doenças

mentais surge com os alienistas, após a revolução francesa. Pinel, em seus estudos, inicia essa classificação, que foi publicada no seu Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental.

A reforma iniciada por Pinel tinha um caráter meramente classificatório, cujo objetivo era observar e agrupar os sintomas exteriores das doenças, de acordo com suas manifestações e seu curso natural⁽¹³⁷⁾.

A nosografia psiquiátrica fundada por Pinel legitima o conhecimento médico, a loucura adquiriu o status de doença mental⁽¹³⁷⁾. A doença mental não era como as outras, visto que não era possível visualizar suas causas, pelo menos na grande maioria. A consequência desse método de Pinel foi de direcionar a atenção para os sinais e sintomas da loucura, e não para a “sua sede no organismo”⁽¹³⁷⁾.

Para Pinel a alienação era o comprometimento ou lesão fundamental do intelecto e da vontade e que, se observado de forma empírica e sistemática o comportamento dos pacientes, os sintomas, sob as diversas formas poderiam contribuir para o critério de classificação e de diagnóstico. Para tanto libertou os alienados das correntes, porém, os mesmos permaneciam em confinamento para melhor observação⁽¹⁴⁴⁾. Instituiu o “isolamento terapêutico”⁽¹³⁷⁾.

Com esse isolamento terapêutico o paradigma da internação passa a dominar toda a medicina mental. Ficam cortadas as vias para a desinstitucionalização, assistência em domicílio, do valor terapêutico dos vínculos familiares e das relações não profissionais. Portanto a internação torna-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura⁽¹³⁷⁾.

Enquanto as pesquisas desvelavam novos conhecimentos do corpo humano, através da anatomia e da patologia, Pinel reafirmava as causas morais da alienação mental. Essa incompatibilidade entre a escola alienista e o mundo contemporâneo do saber médico científico leva alguns seguidores de Pinel a se pronunciarem sobre a necessidade de pesquisar a sede da loucura⁽¹³⁷⁾.

Desse modo, através de Morel surge a passagem da semiologia para a etiologia realizada pela concepção sobre a degenerescência. “As degenerescências são desvios doentios em relação ao tipo normal da humanidade” estas “podem ter variadas causas, como: intoxicações diversas, influências do meio social ou hereditariedade, doenças adquiridas ou

congenitas”⁽¹³⁷⁾. A inteligibilidade da doença não é mais dada pelo grupo a que pertencem, mas em referência a uma causalidade oculta. A psiquiatria mental tende, assim, a se aproximar do tronco comum da medicina, cujas tendências organicistas se acentuam.

A trajetória percorrida pela psiquiatria e o saber psiquiátrico foram marcados por influências conceituais, calçadas na visão organicista da etiologia, no manejo dos sinais e dos sintomas, no prognóstico das doenças mentais, determinando as suas ações.

A partir da metade do século XX, até hoje, as propostas de reabilitação psicossocial, inclusão social bem como os direitos e o regate da cidadania do doente mental, tornaram-se bandeira de luta da reforma psiquiátrica.

Dessa forma, o modelo tradicional de assistência em Saúde Mental tem se modificado nas últimas décadas. Novas tecnologias nos programas de Saúde Mental vêm operando um deslocamento do usuário da perspectiva de ser excluído para a perspectiva de conquista da cidadania; assim, a demanda da clientela passa a ser compreendida como além dos sinais e dos sintomas psicopatológicos.

No que diz respeito à atenção básica, o envolvimento da ESF pode proporcionar a identificação precoce dos sinais e dos sintomas como também as alterações de comportamento dos transtornos mentais, antecipando possíveis crises. Nesse envolvimento com as famílias e a comunidade, pode ser realizado o acompanhamento, a medicação e a promoção da inserção social bem como minimizar os estigmas que envolvem o transtorno⁽¹⁴⁵⁾.

Alguns pesquisadores referem que os trabalhos desenvolvidos na ESF devem requerer uma adequação à lógica do SUS, no que diz respeito aos programas de Atenção à Saúde Mental, com a finalidade de identificar rapidamente a sintomatologia e diagnosticar, estabelecer a terapêutica e proceder ao devido encaminhamento, além de promover a instrumentalização teórica e a prática dos profissionais⁽¹⁴⁵⁾.

4.1.2 Estigma e Preconceito

Desde a Antiguidade, os portadores de transtornos mentais sofrem com estigmas, rótulos e formas de tratamento que eram e ainda são vistas como reflexos dos valores sociais predominantes, com relação à percepção social da doença mental. Assim, o sujeito com uma doença mental foi visto como incapaz e perigoso, que são as principais características que compõem seu estigma social. Apesar das mudanças de conceitos e práticas, essa imagem ainda predomina nas representações sociais de muitos dos profissionais. A nosso ver, essa concepção se deve, em grande parte, ao desconhecimento das pessoas acerca do tema.

Castel⁽¹⁴⁶⁾ alerta para o elevado grau de cristalização de preconceitos e estigmas assim como os ricos de não serem incrementados, a autonomia de indivíduos e grupos, tornando-os dependentes de políticas compensatórias; acredita-se ser essa uma política necessária de inclusão, que deve ser monitorada para que sejam reconhecidos seus fatores limitantes.

Goffman⁽¹⁴⁷⁾ apresenta o preconceito sob a visão da sociedade e o estigma que se fixa na pessoa que sofre esse impacto, como se carregasse na fala uma marca que pudesse ser reconhecida. Dessa forma, a sociedade passa a ser a maior julgadora e o melhor ambiente para as situações preconceituosas. Goffman⁽¹⁴⁷⁾ entende o estigma como uma diferenciação pejorativa, que é indesejada e implica uma intolerância grupal.

Sendo assim, o estigma está relacionado ao conceito de uma marca, uma cicatriz ou sinal; o termo estigma foi criado pelos gregos “para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem a apresentava”⁽¹⁴⁷⁾.

Apesar das mudanças conceituais provocadas pela reforma psiquiátrica, de maneira geral, a sociedade ainda possui uma visão distorcida sobre os doentes, sendo vítimas de preconceitos. Isso ocorre até mesmo em instituição bastante diferente dos antigos manicômios, como poderemos ver nos discursos dos profissionais da ESF mais à frente.

Gadamer⁽¹⁴⁸⁾, ao explicar a compreensão de um texto, nos remete a

compreensão de conceitos e preconceitos, assim nos remete à compreensão do mundo. Gadamer⁽¹⁴⁸⁾ afirma que pertencemos a um contexto, seja ele histórico ou cultural: ele nos fornece os pressupostos para nos relacionarmos com o mundo. Sempre que vamos ao encontro do novo, temos, antecipadamente, pré-compreensões que favorecem a compreensão daquilo que até então era estranho e desconhecido.

A compreensão do que está posto no texto consiste precisamente na elaboração desse projeto prévio, que, obviamente, tem que ir sendo constantemente revisado com base no que se dá conforme se avança na penetração do sentido”⁽¹⁴⁸⁾.

Sem esses preconceitos (pré-compreensões), não haveria compreensão, porque a nossa mente seria como um papel em branco, ou seja, sem nenhuma estrutura prévia que possibilitasse compreender o que nos é apresentado. É de grande importância que estejamos com a mente aberta para o novo, para uma compreensão diferente do que possivelmente esperamos obter. É necessário que deixemos que esses preconceitos sejam testados pela alteridade do texto⁽¹⁴⁸⁾.

Conceitos formados em cada existência, conceitos que são incorporados desde sempre, tornam-se preconceitos para novos conceitos. É dessa forma que obtemos a compreensão do mundo e das coisas do mundo sem que a mente fique estagnada e inerte em determinado conceito formado e petrificado⁽¹⁴⁸⁾.

Sendo assim, podemos afirmar que devemos desmistificar o imaginário provocado pelo senso comum na sociedade, de que o louco é perigoso e agressivo. Os profissionais da ESF passam por essa experiência no seu enfrentamento diário, conforme os relatos:

AC8² *Eu tinha muito preconceito de falar com a pessoa, tinha depressão. E ela é um caso de depressão, eu, com bastante preconceito, cheguei nessa primeira visita lá na residência, e toda aquela circunstância.*

E1¹⁴ *Eu não digo que eu tenho medo hoje, o medo que eu sinto é de não saber trabalhar e não o medo do paciente, mas o medo de repente não conseguir desenvolver o trabalho que vá suprir as necessidades desse tipo de paciente.*

AC2² *No início, eu tinha muito receio, porque ele é conhecido no bairro como uma pessoa violenta, e tem os transtornos dele. Então, no início, me deu muito medo.*

AC2⁶ *Mas eu converso com ele na rua. A minha abordagem é essa, só de conversar, quando ele quer conversar, caso contrário eu converso mais com a família. Essa é minha abordagem como ACS em relação a esse paciente que eu ainda tenho receio, e muito.*

Conforme os relatos dos profissionais da ESF, a necessidade de enfrentamento com a situação posta determinou um aprendizado, pois levou a uma sensibilidade que implicou uma tomada de consciência das próprias pressuposições e dos próprios pré-juízos de valores.

Em um estudo realizado por Botti e Andrade⁽¹⁴⁹⁾, com a equipe de saúde da família, em uma UBS da cidade Betim/ MG, um dos seus informantes, após as capacitações desenvolvidas, relatou que: “perdemos um pouco do medo e do preconceito do portador de sofrimento mental”. Semelhante aos relatos dos discursos aqui apresentados.

Essas transformações no contexto histórico do campo da saúde mental vêm sendo problematizadas, no sentido de modificar o atendimento ao doente, pois, superar o modelo manicomial que já não encontra mais sustentação no SUS, com suas práticas de segregação e estigmatização, acabam reforçando que precisamos adquirir novas experiências tecnológicas, sendo que a vivência e a experiência desses profissionais nos transportam para um novo aprendizado, na assistência ao doente mental, a partir de outro paradigma.

Percebe-se, pelo discurso dos informantes, que, após a visita ao paciente, o preconceito que perpetua historicamente no imaginário da sociedade, decorridos os primeiros contatos, se é “bem sucedida a experiência com portador de transtorno mental,”[...] “o medo e o estigma diminuem”⁽¹⁵⁰⁾.

Nos relatos a seguir, observamos que os discursos voltam-se para o medo de serem agredidos pelos doentes mentais durante a visita domiciliar.

AC2⁸ *Fiquei escondida para que ele não me identificasse, porque quando ele identifica uma pessoa e ele cisma com ela, isso é a mãe dele que diz, ele costuma perseguir.*

AC2¹⁰ *Eu fiquei escondida atrás do carro, com medo. Essa situação [paciente estava sendo colocado na viatura por três guardas] para mim, como ACS, como pessoa que tem vínculo direto com a família, foi muito triste porque ver o fato que ele estava fazendo aquilo ali é uma pessoa praticamente normal que a gente conversa, e troca umas ideias, mas ele espalha esse terror pelo bairro todo, esse dia foi triste.*

AC1¹ *Essa pessoa que eu visitei. Quando ela vinha me atender toda sorridente, eu*

sabia que eu podia entrar, que não estava correndo nenhum risco. O dia que eu passava na casa dela, que ela não queria me atender, ou que ela me atendia lá de dentro da casa, porque ela mora nos fundos, eu não entrava. Porque eu sabia que ela não estava legal para me atender, ela já estava entrando em surto, ela já estava surtando.

AC1² Um dia que eu cheguei na casa dela, ela não me atendeu, mesmo assim eu entrei. Ela ficou parada, tipo uma estátua, olhou fixo para mim, fechou a mão, e não respondia o que eu estava falando para ela. Ela estava em outro mundo. Eu não dei as costas para ela e saí. Saí de frente para ela, vim andando de fasto até eu chegar no portão.

AC1⁵ Porque eu não sei até que ponto ela vai estar conversando comigo, ou até que ponto ela vai estar me agredindo.

AC1²⁴ Apesar que, às vezes, eu penso que a gente não tem culpa, né? de ela estar estressada com a família, com o marido, com o cachorro, e vem se vingar em nós.

AC1²² É como eu disse, você nunca sabe até quando a pessoa está normal, né? Então, em questão de segundos, ela já surta.

AC5⁹ Ela é muito ciumenta, outro dia ela agrediu uma moça que estava conversando com o marido dela.

Relatos como esses foram encontrados por Maciel⁽¹⁵⁰⁾, que constatou que os profissionais da equipe de Saúde da Família apresentam dificuldade para superar o estigma relacionado às doenças mentais, e ainda detectou que tinham medo de serem agredidos fisicamente durante a visita domiciliar.

Sobre o ponto de vista do paradigma emergente, na área de saúde mental, esse modelo permanece em constante tensão com o paradigma tradicional biológico, restringindo-se à doença mental e à periculosidade social que o doente mental representa^(151,152).

Para proporcionar melhor atendimento, tornam-se imprescindíveis ações assistenciais que promovam a integração social da sua clientela e minimizem os efeitos do preconceito na vida do usuário. Infelizmente, esse processo de desmistificação da loucura ainda tem um longo caminho a percorrer, até se dissiparem concepções errôneas presentes no imaginário popular.

Observamos, nos discursos, que a insegurança gerada pela falta de formação, aliada ao estigma da loucura, contribuem para a grande resistência dos profissionais em relação à corresponsabilização. Em determinadas situações, os profissionais sentem-se inseguros para lidar com esses pacientes e o atendimento inicial poderia ser realizado junto com profissional da área de

saúde mental, dessa forma, desmistificar sofrimento psíquico da doença mental, ajudando a diminuir o preconceito e a segregação da loucura.

4.1.3 As Intervenções no Processo de Adoecimento

A medicalização e as ações prescritivas têm adquirido, ao longo da história, um impacto e uma significação nas práticas de saúde, não apenas no imaginário da classe médica, mas também no imaginário dos grupos sociais e dos sujeitos em sofrimento, que passam a dar crédito às intervenções medicamentosas, demonstrando o poder de força curativa ou preventiva das doenças. Essas ações desencadeiam, simultaneamente, tanto no nível individual quanto no nível social, os efeitos políticos e ideológicos⁽¹⁵³⁾.

Esse efeito político-ideológico da intervenção, na perspectiva medicamentosa e tecnológica, pode ser observado nos discursos dos profissionais da ESF:

M1²² *Falando sobre o grupo de hipertensos e diabéticos (hiperdia) É o momento em que as pessoas, que têm hipertensão, diabetes e doença mental, vêm para renovar sua medicação, para não ter que toda vez agendar consulta.*

AE1²⁵ *Nós não temos consulta de clínico só para resolver isso, tira a vaga da emergência, tira a vaga de pessoas com febre, hipertensos graves. Então, foi ampliado com os doentes mentais o grupo dos hipertensos e diabéticos (hiperdia) para isso. Para poder dar a comunidade o acesso à receita, consulta e medicamentos. Tentamos ajudar.*

AC5¹⁶ *Além das reuniões de hiperdia, nós temos pessoas em crise que usam medicação que estão sempre presentes, mas os casos mais graves [doentes mentais] não saem de casa não. Têm alguns que usam medicação que vem raramente. A maioria que vem são os familiares, que vem pegar a medicação. Eles (doentes mentais) são muito acomodados.*

AC7²⁹ *Uns até vêm buscar o medicamento, outros preferem que a irmã, o irmão venham buscar o medicamento no grupo do hiperdia. Uma vez a cada dois meses eles pegam a receita, aí, eles ou alguém da família vêm pegar. Isso tudo para evitar que eles peguem a vaga da consulta.*

Pelo discurso do profissional, podemos perceber que a medicalização da população de doentes mentais é realizada sem qualquer compromisso com o usuário, sem que haja qualquer avaliação e envolvimento entre o profissional e

o paciente. Esses profissionais desconhecem as propostas da ESF, que deve atuar seguindo a lógica do SUS, o que exige o articular de saberes e práticas das diversas áreas.

Dessa forma, a descrença no modelo aumenta a consciência de que o certo é um modelo alicerçado na prática da especialização. A necessidade de suporte individualizado de outras clínicas deveria existir como parte de um processo de equipe multiprofissional. O fato de a equipe de Saúde da Família pressupor um atendimento generalizado não descarta a intervenção especializada, que às vezes, se faz necessária. Desse modo, as equipes não deveriam trabalhar de forma estanque, isoladas umas das outras. O profissional médico, então, teria uma opção de diálogo profissional com outros membros de equipes diferentes. Entretanto, o modelo biomédico preponderante mostra-se presente quando observamos que os outros membros da equipe (enfermeiros, ACS e outros) parecem não servir de referência para o diálogo e a obtenção de soluções para os casos que estão sendo investigados ou tratados. No sistema atual, voltado para a produção eficiente, cada profissional é formado de maneira especializada, não existindo a prática interdisciplinar, preconizada pela reforma sanitária em seus primórdios e hoje sustentada pelo SUS.

Os discursos revelam as práticas desarticuladas e sem avaliação da pessoa com doença mental:

M1²⁵ *Vêm alguns portadores de transtorno mental também, mas é interessante porque as pessoas que têm problemas de transtorno mental vêm mais o familiar pegar a receita do que a pessoa, às vezes, o paciente está junto e tal, mas é mais raro. A não ser quando é um transtorno assim coisa leve, tipo ansiedade, depressão, a pessoa vem.*

M1²⁶ *Os familiares preferem vir sozinhos, muitas vezes, do que com a pessoa.*

M1²⁷ *Eu acho que a equipe, no caso, deveria sempre estar em contato para saber se na realidade aquele paciente está tomando o remédio direito, se a família está agindo direito com ele. Aqui, a gente não tem muito contato, o que eu vejo é o paciente que vem. Está preconizado agora. O paciente está precisando de remédio controlado. Então, ou ele vem, ou a família vem. Está precisando de tal remédio. Então, a gente prescreve aquela medicação.*

E2⁹ [...] *nós liberamos a medicação aqui, a política de aqui é assim, a cada 2 meses você libera medicação controlada, pressão e diabetes, e os controlados de saúde mental. Quando a gente visita, vê que têm embalagens lá, que, só no visual, você vê que a medicação não está sendo dada de maneira correta porque está sobrando,*

assim você consegue avaliar. Se a cada 2 meses ele pega, não é para ter esse monte.

Fica evidente a contradição, pois, ao mesmo tempo em que acredita que a equipe deve estar em contato com o paciente, o medicamento é prescrito, mesmo sem a sua presença. Os profissionais acatam uma decisão preconizada sem avaliar a qualidade no atendimento.

Da forma como está posto, fica evidente que o sistema produtivo vigente, em que a consulta com o profissional médico é o único meio de acesso da população aos serviços de saúde é a forma preferencial de atendimento por parte de alguns membros da equipe de saúde.

Os discursos dos profissionais mantêm-se incoerentes:

M1²⁸ Será que está certo eu prescrever seis meses? Com o paciente recebendo tal medicação, sem saber se é bom para ele. Se está evoluindo. Sem saber o que está acontecendo. Simplesmente, repetir a receita.

E1²⁵ O grupo de hiperdia é o grupo de hipertensos e diabéticos para quem nós disponibilizamos a receita de uso contínuo, tanto para diabéticos e hipertensos, quanto para pessoas que fazem uso de psicotrópicos. Nesse grupo, nós procuramos sempre estar falando alguma coisa antes, alguma palestrinha de 20-30 minutos, no máximo, relacionado com a medicação, com a patologia que a grande maioria do grupo apresenta. Nós fazemos uma palestrinha e fazemos a distribuição da receita.

A equipe reconhece que o processo automatizado a que está submetida não leva benefícios aos usuários; ao contrário, subjuga o conhecimento formal institucional que justifica a sua existência. Por perceber a impotência da equipe na relação estabelecida com o usuário, o profissional de saúde inferioriza a sua concepção, valorizando o biológico e o individual em detrimento do grupo social. Podemos visualizar na própria fala do profissional de saúde, a incapacidade do sistema em resolver a demanda existente:

Os discursos evidenciam que, na prática, o que existe é uma manutenção de quadros psicopatológicos e comportamentais que, talvez, possam ser reversíveis. Os usuários estão sendo mantidos nos serviços, com prescrição de medicamentos e retornos subseqüentes, mantendo o tratamento sem avaliação ou relação de risco benefício, pois, o que ocorre é apenas a prescrição da receita anterior.

Essa discussão da medicalização pautada na produção da receita reforça o modelo biomédico relevante no setor saúde. Segundo Franco e

Merhy⁽⁸³⁾, “a assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames associados à crescente medicalização da sociedade.” No discurso a seguir, fica clara a valorização do uso da medicação pelo ACS.

AC2¹⁶ *É usuário de drogas, também tem problemas sérios desde pequeno, não faz o uso do medicamento correto.*

M1³ *Me chamou a atenção que ele pudesse ter alguma psicopatia...*

M1⁴ *Ele já usava algumas medicações, e o que eu fiz foi acrescentar alguma medicação.*

Para Castel⁽¹³⁷⁾, esse processo de medicalização do doente mental não significa simplesmente a apropriação desta pelo olhar médico. O mais relevante é que por meio das instituições médicas, a medicalização do sofrimento psíquico definiu um novo lugar para o louco: o de alienado mental.

AE2²¹ *Os outros casos eu não sei muito, pois não dão tanto trabalho, eles só vêm, pegam a receita e vão embora, você não fica sabendo tão profundamente. Na verdade, eles ficam com uma certa ansiedade, pois eles vêm aos grupos, esperam para terminar o quanto antes, para pegar a receita para irem embora. Geralmente, a família.*

AE1¹⁵ *Aumentou as guias de receitas controladas.*

AE2³² *Parece que a cada dia a quantidade de pessoas que participa dos grupos tem aumentado, pois é impressionante a quantidade de pessoas que toma medicação controlada, é muito, chega a assustar, aí, a gente se pergunta: será que serei a próxima? Risos.*

A realidade dos serviços especializados em Saúde Mental não permite um seguimento adequado, pois se encontram distantes e estão com excesso de demanda. Essa situação provoca um ciclo de medicalização excessiva e é complementada com as dificuldades gerenciais e falta de investimento por parte do gestor, numa tal conjunção que prejudica e inibe a resolubilidade. Esses fatores desembocam em uma medicalização coletiva ou curativa, tornando-se norma médica e decisão política⁽¹⁵⁴⁾.

A medicação faz parte de um arsenal importante para suprimir os sintomas das doenças, entretanto, o sofrimento psíquico também deve ser tolerado, pois a medicação não deve inibir a subjetividade e a singularidade do

sujeito, nem tampouco ser o único objetivo do tratamento para que o foco deste não fique centrado no médico.

Ainda em relação à medicação e sua receita, o discurso dos entrevistados demonstram que há um grande número de indivíduos na população que busca o serviço de saúde periodicamente, à procura de uma receita. Essa realidade vem criando uma nova cultura da medicalização do sofrimento psíquico emocional e dos problemas sociais.

4.1.4 O Modelo

A oferta de serviços de saúde mental ainda está centrada na consulta médica, individualizada, em que a prescrição de medicamentos é o instrumento básico do atendimento.

AE1²⁴ Tem o grupo do hiperdia [...] a enfermeira responsável transcreve os nossos pedidos [receita], aí nós mostramos para o Doutor, ele assina e avalia pelo prontuário, que já estava sendo acompanhado pelo doutor daqui. Então, esse é o grupo hiperdia, não só de hipertensos e diabéticos, mas, pelos controlados. Então, esse é o nosso trabalho, isso ocorre porque a demanda é muito alta e o posto é pequeno

AC8¹³ A gente convida sempre o paciente para os grupos de artesanato, caminhada, controle de peso e hipertensos. Geralmente, eles só vêm para pegar a receita mesmo.

AC7³⁰ É difícil marcar consulta (Psiquiátrica), então, trabalhamos junto com os diabéticos e hipertensos para que eles possam pegar a receita.

AC8¹⁵ A maioria deles vão no grupo mesmo para pegarem a receita lá. Conversam entre eles, quando têm orientações é dado. Agora temos palestras, apesar que eles não gostam muito de ouvirem palestras, gostam mais de conversarem entre eles, discutirem entre eles

E2¹⁹ [...] eu já participei daquele evento de Luta Antimanicomial, eu não lembro as datas, assim, do mês, eu já fui em 1 ou 2 seminários que têm algumas discussões de saúde mental, mas, assim, um curso específico para receitar medicação, não.

AE2¹⁸ [...] nós fazemos o grupo hiperdia (hipertenso e diabético), mas a família só vem, pega a receita, só isso.

O fato de poder conseguir somente uma “receita médica” sem consulta ou acompanhamento mostra que o acesso aos serviços, por parte dos

usuários, é um fator limitante no processo de consolidação do SUS. Por outro lado, a própria população utiliza o sistema para obter atendimento às suas demandas que, muitas vezes, são emergenciais. O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família torna-se automatizado e descaracterizado em sua concepção humanizada de atendimento. O processo torna-se mecânico, o saber fica relegado ao segundo plano.

Os discursos revelam que os trabalhadores reconhecem os procedimentos e a necessidade de mudanças do modelo assistencial, e fazem a crítica sobre essa forma de tratar os usuários.

E1²³ [...] temos o grupo de hiperdia que é voltado para medicação, três vezes por mês, nós temos esse grupo. Esse sim é uma palestrinha e medicação só. [...] neste, o doente vem, pega a receita e vai embora. Olha, eu me questiono assim oh! Vai continuar usando a mesma medicação, e até quando? ...Será que não dá para diminuir a dosagem? [...]. E não fazer um grupo de distribuição de receita! Porque isso não é um grupo de saúde mental, é um grupo de distribuição de receita. O paciente vem, aguarda, pega a receita e vai embora. Quando é agendada a consulta, pelo menos ele recebe mais informações do médico. No grupo, tem várias pessoas para fazer a receita rápido. Tem que ter modificação nisso. Alguma coisa está errada. Está errado. Não sei se é a equipe, não sei se sou eu.

Pela análise do discurso, identifica-se que há uma inquietação pela forma como estão realizando a assistência ao acompanhamento, medicamentos e acham inadequada a prática da transcrição de receitas. O profissional reconhece que algo deve ser modificado, questiona-se, porém, isso não o exime de sua responsabilidade técnica e ética.

O informante, mesmo questionando a assistência, alimenta o sistema estabelecido de medicalização existente nos serviços básicos de saúde. O acompanhamento de consulta especializada mostra-se insipiente, conforme cita Pereira⁽¹⁵⁵⁾, que a revisão do saber psiquiátrico se faz necessária para a transformação do atendimento à população. É notório que houve avanços na tentativa de reintegrar o doente mental à sociedade, mas seria necessário promover maior participação dos trabalhadores da Atenção Básica, quando do movimento de desinstitucionalização do doente mental.

Nos discursos dos informantes, há muitas contradições entre as ações de saúde mental desenvolvidas e o que preconiza a reforma psiquiátrica brasileira. A reforma psiquiátrica, em sua base comunitária, prevê como temas norteadores a promoção da saúde, a prevenção, o cuidado com a pessoa em

situação de sofrimento, a reabilitação e inclusão social dos usuários, e aqui o que se verifica é a medicalização do sofrimento psíquico, demonstrando conservadorismo. É necessária uma clínica que acolha as demandas do sujeito em situação de crise psiquiátrica, em todos os níveis do sistema de saúde⁽¹⁵⁶⁾.

Os discursos desvelam a tendência de medicalização na ESF e a falta de ações de prevenção, de controle e redução do uso de medicamentos, gerando uma cronificação do adoecimento bem como o acesso fácil à medicação psicotrópica. Desse modo, a ESF, apesar de se constituir numa nova proposta de reorganização da atenção em saúde, não consegue superar o modelo biomédico dominante.

Para superar esse pensamento cultural da saúde “como consulta médica, que resulta, sobretudo, na medicalização, pressupõe novos referenciais para orientar o processo de trabalho na nova lógica do SUS e na abordagem da Saúde Coletiva”⁽¹⁵³⁾.

O processo de trabalho das equipes da ESF, centrado na prescrição medicamentosa, modelo biomédico, na falta de acesso a outros níveis da rede especializada, ou seja, reproduzindo os mais antigos processos de tratamento na psiquiatria, deixa de promover, prevenir e reabilitar o indivíduo com transtorno mental, princípios básicos da reforma psiquiátrica. Para tanto, as novas práticas do cuidado ao indivíduo com transtorno mental podem partir da própria equipe da ESF, com uma atitude dinâmica da rede de atenção, que estrutura as ações da gestão e inclui o usuário como detentor do “micro-poder”⁽¹⁵⁷⁾ mobilizador para mudanças efetivas da transição necessária.

4.1.5 O Diagnóstico

O rotulo do diagnóstico psiquiátrico estigmatizante contribui como um dos fatores que levam ao fracasso na abordagem aos doentes mentais. O interesse da equipe em determinar um diagnóstico empobrece a eficácia da assistência, pois impede o profissional, que trabalha voltado ao modelo organicista, obter informações a respeito do contexto da vida real do indivíduo.

Corroboramos com Saraceno, Asioli e Tognori⁽¹⁵⁸⁾, pois uma análise

crítica sobre o diagnóstico:

[...] deve nos ajudar a compreender que as 'informações' (as variáveis) que o paciente carrega consigo e que é o que nós podemos efetivamente considerar como patrimônio (de risco ou de proteção), estão na realidade mais conectadas à vida do paciente do que à sua doença, cuja identidade autônoma da vida é um artefato da clínica.

O modelo organicista, centrado na doença, elimina o contexto social e familiar em que vive o paciente; dessa forma, o processo saúde doença mental contamina-se pelos preconceitos que concebem a doença como o resultado do desequilíbrio orgânico.

Os profissionais entrevistados apontam que o exercício de suas práticas está baseado no diagnóstico psiquiátrico, com alusão às causas biológicas da doença mental.

A prática desses profissionais está contaminada pelo modelo tradicional, que busca a causa da doença, primariamente, na dimensão biológica e a cura por meio da intervenção medicamentosa. Isso tudo ainda é reforçado pela atitude e pelo comportamento dos usuários, que procuram o serviço com queixas específicas (sintomas) e buscam um alívio imediato para essa queixa (remédio que cura). A resistência às práticas terapêuticas mais demoradas, que envolvem uma atuação na dimensão emocional e social do paciente, é quase sempre muito grande.

E1⁴ *Ela vem sempre com questões clínicas e é engraçado que ela vem sempre de meia e de chinelo porque ela tem transtorno de TOC, e aí ela acha que o tempo todo os pés dela estão sujos, que está com a roupa suja, então, ela vem pedindo luvas para estar fazendo os serviços.*

M1¹² [...] *mudar a medicação que ela já usava, pois ela começou a desenvolver de uma maneira desfavorável, começou a ter alguns achados novos que sugerem que ela tem esquizofrenia.*

Caçapava e Colvero⁽¹⁵⁹⁾ referem que estudos que tiveram como o foco a Saúde Mental na Atenção Básica mostram :

[...] que, embora os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) reconheçam os fatores sociais como determinantes do processo saúde doença da população, observa-se que o objeto do trabalho é a doença mental, e, a partir deste objeto, o estabelecimento de diagnósticos e a prescrição de medicamentos é o

meio ou instrumento de trabalho mais valorizado para a intervenção junto às pessoas com necessidades no campo da saúde mental.

Para Mendes⁽¹⁶⁰⁾, o modo de se fazer saúde, que provém da biomedicina, teve seu início no século XX, com a publicação do Relatório Flexner, em 1910. O documento expressava o entendimento do mecanismo de funcionamento do corpo humano tal como uma máquina, disponível para montagem e desmontagem, consertos etc.; o reconhecimento da natureza biológica das doenças; a saúde entendida como um objeto individual; a percepção parcial do sujeito e o incentivo ao conhecimento especializado, proveniente da divisão técnica de trabalho; a técnica mediando as relações entre médico e paciente; e a ênfase nos aspectos curativos, em que predominam o diagnóstico e a terapêutica em detrimento da causa.

Os conceitos alienação/doença mental, isolamento terapêutico, degeneração, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura, dentre outros, por muito tempo, vêm sustentando toda uma prática centrada no diagnóstico da doença mental, em que a singularidade do sujeito era ou é excluída. Desse modo, faz-se necessária a desconstrução desses saberes e a sua substituição por um olhar biopsicossocial do sujeito implicado por questões que afetam e constituem a sua singularidade⁽¹⁶¹⁾.

4.1.6 A Integralidade

O Ministério da Saúde refere que as equipes de Saúde da Família têm como objetivo identificar, diagnosticar, tratar e acompanhar corretamente os usuários e estes devem, necessariamente, obter o apoio do NASF, pensando “na capacitação (educação permanente) quanto nas intervenções conjuntas para elaboração de propostas assistenciais adequadas,” [...] “e não apenas no tratamento medicamentoso.” Outros procedimentos, como o acolhimento e a escuta qualificada dos “problemas psicossociais da população durante todo o processo de trabalho das equipes de saúde” constituem “importante ferramenta para a melhora da relação equipe-usuário/ família”⁽¹⁶²⁾.

A assistência prestada na área de saúde deve ser uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro, nos termos postulados por Boff, e não como produção de um ato ou procedimento. A forma de como o profissional se apropria da integralidade no cuidado e na atenção à saúde, também, compõe uma característica comum partilhada entre as políticas de saúde mental e de atenção básica, em que o processo saúde doença está presente, incrustado da territorialidade das ações.

A integralidade tem seu início nos EUA e está relacionada com o movimento da chamada medicina integral, que questionava a atitude reducionista dos médicos frente aos pacientes⁽¹⁶³⁾. A integralidade toma como base nova concepção do ser humano em suas relações, de modo que está relacionada com a mudança de paradigma no campo da saúde.

O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) exige que se empregue a lógica da integralidade, permitindo, assim, o entrelaçamento de diversos programas, no reconhecimento dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais relativos à saúde da população⁽¹⁶⁴⁾.

A ESF obedece aos princípios da integralidade em saúde, como proposto pelo SUS, prevenindo doenças e promovendo a saúde, apresentando resultados importantes na saúde coletiva. A equipe de Saúde da família, por estar constantemente no campo, relacionando-se com as famílias e com as pessoas da comunidade bem como com o ambiente, depara-se, constantemente, com problemas de saúde mental^(165,166).

Pelos discursos dos profissionais entrevistados, evidenciamos a produção de uma síntese espontânea entre a lógica de funcionamento e de concepção da ESF e a lógica da inclusão da saúde mental na mesma. Essa síntese situa-se no campo da integralidade quando, embora de maneira incipiente, percebe-se uma busca por parte de alguns profissionais em reduzir a distância existente entre problemas da mente e problemas do corpo, como vemos nas seguintes frases:

M1¹⁰ *Com essa moça, particularmente, ela tinha algumas queixas estranhas, o que eu fiz, da minha parte, foi investigar bem por parte física dela para ver se tinha alguma doença, para não dizer que seria só por causa da doença mental.*

AC7⁴ *Realizamos todos os exames nessa criança/menina (20 anos), fizemos endoscopia, ultrassom, trouxemos ela aqui no posto, o doutor avaliou, deu soro.*

M2²⁰ [...] o que nós temos de mais forte é a vantagem que, com a ESF, você vai na casa. Você vai buscar e conhecer as deficiências daquele local.

Os discursos demonstram um afunilamento dessa relação com o ambiente, à mente e o corpo, indicando certa mudança na visão de mundo associada ao processo saúde doença mental, no campo das práticas desses profissionais. Apresentam, nesses discursos, o que, para Cecílio⁽¹⁶⁷⁾, seria uma “integralidade focalizada”.

Essa mudança de visão de mundo, mesmo que de maneira tímida, pode ser observada no estudo realizado por Caçapava e demais autores⁽¹⁶⁸⁾, em que observaram conexões entre os trabalhadores, assim como entre estes e os usuários, sendo que produzem e se proliferam vários e distintos espaços coletivos de trocas, que possibilitam ações de saúde alinhadas à perspectiva da integralidade, por meio de uma compreensão ampliada do processo saúde doença mental, construída pela valorização das relações humanas e das subjetividades envolvidas no espaço do trabalho em saúde.

A integralidade também sinaliza para a construção das políticas governamentais de enfrentamento de certos problemas de saúde e necessidades de grupos específicos, que subentende a captação das várias nuances que envolvem a atenção à saúde. Dessa forma, a integralidade é tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas. A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser, portanto, um processo em construção, sendo a equipe de Saúde da Família (SF) um fértil campo ao fomento da atenção integral⁽¹⁶⁵⁾.

4.2 FAMÍLIA

O termo família tem sua origem na expressão latina “famulus”, que significa escravo doméstico; esse termo era designado aos escravos que trabalhavam de forma legalizada na agricultura familiar das tribos ladinas, onde hoje é a Itália⁽¹⁶⁹⁾.

Com o desenvolvimento de sociedades mais complexas, nas quais os

laços consanguíneos eram cada vez menos frequentes na população, surge, no Direito da Roma Antiga, a expressão família natural, formada apenas por um casal e seus filhos. Diferentemente dos antigos clãs, que eram formados a partir da relação de parentesco com um ancestral comum. Desse modo, o termo família natural romana tem origem na relação jurídica, no casamento⁽¹⁶⁹⁾.

O casamento como relação jurídica para formar uma família tem importância e significado social diferentes para vários povos, sendo ainda possível afirmar que os parâmetros sociais sofrem modificações conforme o momento histórico vivenciado.

Essas modificações vêm atravessando séculos até os nossos dias; logicamente, sofreram alterações desde os rígidos conceitos trazidos do modelo familiar greco-romano e do catolicismo medieval deixaram de ser absolutos e deram lugar a entendimentos sociais mais liberais, baseados nos ideais da Revolução Francesa, Industrial e Sexual. Para Fiúza⁽¹⁷⁰⁾, após as revoluções modernas e as transformações no livre pensar com a democratização dos países, o patriarcalismo ocidental vê suas estruturas se abalarem.

Embora, em alguns pontos, a sociedade continue com resquícios ideológicos de uma sociedade machista, a mulher passou a exercer um papel cada vez mais ativo dentro do lar familiar; o sustento passou a ser um dever de ambos.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil sofreu grandes modificações e inovações no modelo familiar, passando a considerar a união estável como unidade familiar entre homem e mulher ou entre qualquer um dos pais e seus descendentes. Desse modo, tem início a implantação de um novo conceito de família.

A família contemporânea não encontra mais um modelo único em sua base jurídica. A família brasileira há muito tempo vem recebendo e incorporando modificações sociais nos seus hábitos e costumes que sofrem influências de fatores de ordem econômica, social e tecnológica, que modificam as relações com a sociedade.

Neste sentido, percebemos uma diversidade de arranjos domésticos que configuram as estruturas familiares diversas, podendo ser composta por vários adultos e várias crianças na mesma residência, ou casais homossexuais e

filhos, ou por apenas um dos cônjuges e seus filhos, ou por tios, avós, avôs, sobrinhos e netos, ou ainda por pai-madrasta, mãe-padrasto, com os filhos de um e ou de ambos, “que podemos considerar como fruto dessas contradições, sem entrarmos no mérito do aprofundamento maior da discussão, nas suas nuances psicológicas, emocionais e sociais, essa é uma realidade da qual a sociedade não pode fugir”⁽¹⁷¹⁾.

4.2.1 O Contexto Familiar

O profissional da ESF nos domicílios permite a visualização do contexto familiar, que auxilia no planejamento de ações além de propiciar aproximações entre o usuário, a família, a comunidade e o serviço de saúde; nesse contexto familiar, também são percebidas condições de hábitos de vida, higiene e de habitação⁽¹⁶³⁾. A ESF e a Saúde Mental apresentam princípios comuns, pois, ambas atuam a partir do contexto familiar, da continuidade do cuidado e da organização em rede, articulando-se para a produção de cuidados em saúde mental no território⁽¹⁶³⁾.

As falas que seguem apresentam frases dos discurso dos profissionais referindo-se às dificuldades encontradas no contexto familiar, como segue.

AC8¹ *A paciente estava muito mal. A gente encontrou ela trancada dentro de casa, estava toda suja, o ar estava pesado, eu senti mal aquele dia, saí para fora, pois não me senti bem ver a reação dela chorando e se queixando porque vivia e porque queria morrer.*

AE2¹⁴ *Eu me sinto com as mãos atadas, pois por mais que você fale, muitas vezes a família não aceita. Por mais que você queira abordar, falar, explicar [...] Às vezes, entra por um ouvido e sai pelo outro.*

E1⁶ *Nessa situação, que não é uma família, com um paciente, mas são três pacientes com problema mental, e é uma família extremamente pobre, com várias dificuldades, e eu me sinto impotente, porque, às vezes, acode um, mas o outro também está mal, acode o outro, aí você vai ver a mãe também está mal. Depois tem um monte de filho que também está mal, com baixo peso, ou sobrepeso, ou tem algum outro transtorno nas crianças, então, é uma situação que eu chego na casa, e eu paro e me pergunto “por onde eu começo?”.*

Os impasses percebidos no contexto familiar são desafios que a ESF encontra diariamente e impulsionam os profissionais a desenvolverem

tecnologias novas, envolvendo suas habilidades e competências adquiridas, que são necessárias para prestação da assistência.

Trata-se de uma mudança no paradigma assistencialista de exclusão e cronificação da loucura, para um olhar biopsicossocial do sujeito. Essa mudança parte da necessidade de se reestruturar saberes, práticas e serviços que possibilitem superar o modelo falho de assistência à loucura, que centra suas estratégias no indivíduo, deslocado do contexto familiar e social.

As dificuldades encontradas pelos profissionais buscam solução de problemas das “reais necessidades locais” por meio de “uma prática apropriada, humanizada,” na qual o “saber popular” se encontra “com o saber técnico científico” num “encontro de gente cuidando de gente”^(56,172).

O contexto familiar encontrado, por exemplo, pela enfermeira envolve questões complexas, e uma série de limitações, pois, não é possível se fazer uma escolha entre o biológico das suas dimensões sociais necessitando de um atendimento biopsicossocial. As limitações e o próprio sofrimento psíquico são vivenciados pela família, que confirma uma estreita relação entre o biológico e o social^(173,174).

Para minimizar os sentimentos vivenciados pelos profissionais, acreditamos que espaços possam ser criados para discussão dos casos e, assim, realizarem um planejamento para novas intervenções e trocas de experiência entre eles.

No discurso dos informantes a seguir evidencia-se a fragilidade das famílias frente à doença mental no seio familiar, pois, observa-se que a família se deprime, ficam cansados e não sabem como conduzir o sofrimento psíquico, necessitando de estímulo e apoio.

AC7²⁵ *A esposa teve que voltar a trabalhar para manter a casa, pois só com o salário que ele esta ganhando, está difícil, às vezes, pegamos essa esposa muito nervosa, pois ele era um homem muito viril, muito capaz, hoje esta lá, naquelas atitudes, onde a gente também precisar entrar na ação de conversar com a esposa, pedir para ela ter calma.*

AE1⁴ *Mas a equipe sabe dos problemas e o médico juntamente com a enfermeira vai até lá, pois a família fica em um desespero, inclusive a gente sempre está conversando com a mãe, irmã, que cuida da R. pois eles estão realmente cansados, não sabem o que fazer.*

Dessa forma, Koga⁽¹⁷⁵⁾ afirma que não é possível reintegrar o paciente

sem que os profissionais prestem assistência ao familiar. Observamos que a família recebe assistência dos profissionais da ESF, que detectam a problemática da convivência com a doença mental no contexto familiar, gerador das relações conflituosas e desagregadoras, em que surge a questão do fardo, o doente imposto a família. A equipe de Saúde da Família identifica o problema, mas não está preparada para resolvê-lo.

Observamos que a esposa, a mãe e a irmã aqui aparecem como as cuidadoras, semelhante ao que Pereira⁽¹⁵⁵⁾ identificou que “a mulher (em geral, a mãe), como cuidadora, ou seja, aquela que assume o tratamento, os cuidados básicos, a atenção para com o portador do transtorno mental, mesmo quando se sente cansada e com poucos aportes.”

As deficiências do indivíduo são avaliadas pelas consequências sociais e pessoais do comportamento não socializado do indivíduo no seu espaço e este se dá pelo do cruzamento de cinco áreas: a moradia; o trabalho; os familiares e amigos; o cuidado de si e a independência e a atividade social e recreativa⁽¹³⁰⁾. Por meio desse conhecimento, podemos identificar os componentes que devem ser eliminados e os que devem ser desenvolvidos. Nesse tratamento, propomos um enfoque no indivíduo não socializado com as normas e o contexto, sem, contudo, submetê-lo a críticas⁽¹³⁰⁾.

Nas falas dos informantes, evidencia-se nesse contexto familiar, a necessidade de cuidar de perto, o uso da conversa como recurso terapêutico e a importância de colocar-se no lugar da pessoa e de tratar a pessoa em sofrimento psíquico como qualquer outra, para que seja possível adquirir confiança viabilizando por conta própria a organização da assistência, proposta pela ESF.

AE1¹⁸ *Conversamos sobre os problemas dela, sobre a briga com o marido, o envolvimento do filho com drogas, ela diz que se sente vazia, triste, com coração apertado.*

AC2⁴ *Ai chego lá, converso com ele, sento, discuto, ele não é muito de conversa, ele responde sim ou não.*

AC8 *Ela gosta muito que a gente vá conversa, isso já ajuda muito, não conseguimos trazê-la para nenhum dos grupos, mas só o fato de a gente ir lá e conversar com ela, a gente fica uma hora quando vamos lá.*

AC8⁷ *A gente tentou, sempre quando vamos lá, a conversa é: convencer ela para*

participar de alguma coisa. Ela gosta mesmo é de ficar mais isolada, dentro de casa.

Desse modo, entendemos que a assistência oferecida aos familiares no cuidado ao doente mental, por meio da “conversa”, nessa questão, cria a possibilidade de ruptura com o núcleo exclusivamente biomédico de abordagem do processo saúde-doença. Essa quebra na ruptura do modelo biomédico pode se dá pela comunicação terapêutica, que levam a um contínuo crescimento no levantamento de problema no contexto familiar, ampliando a percepção das necessidades em saúde da família suscitada pela ESF.

O ACS insiste para que a paciente saia do seu contexto familiar, sem obter sucesso, fato semelhante encontrado na pesquisa realizada por Moll e Saeki⁽¹⁷⁶⁾, que verificaram que a vida social dessas pessoas se centra no contexto familiar e no ambiente do CAPS e que existe dificuldade para interação social com a comunidade.

Nos discursos da enfermeira, a seguir, observamos que ela abrange um contexto familiar visualizando uma integralidade ampliada que, para Cecílio⁽¹⁶⁷⁾, é “à articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do setor saúde; ou seja, a integralidade pensada no macro”. Então vejamos:

E2¹ Já faz parte da maneira de trabalho da estratégia da saúde de família, de fazer essa aproximação não só quanto unidade, de só estar vendo o paciente ali na minha frente, sem tentar relacionar o contexto familiar, social, econômico e todo esse contexto. Eu procuro, e acho que consigo fazer uma visão holística bem completa, alguma coisa assim, porque eu acho que é importante no atendimento nós buscarmos essa avaliação.

E2¹⁸ Nós procuramos ver esse ambiente como um todo, não avaliar só ela, mas a mãe que tem uma complexidade, a avó ou o neto, ver a família como um todo e trabalhar a família como um todo, fazer proposta de mudanças.

Observamos que os discursos estão em consonância com o que está preconizado, ou seja, abordar os indivíduos dentro de seu contexto familiar e comunitário. Essas abordagens contemplam todas as fases de vida do ser humano, apresenta um caráter de integralidade; isso posto, notamos que o atendimento prestado por esse profissional da ESF abrange, além do aspecto biológico, também o psicossocial do ser humano, realizando assistência

centrada na pessoa em vez da sua doença. Sendo assim, a área de saúde mental apresenta grande importância na ESF⁽¹⁵⁰⁾.

Contraditoriamente, observamos nos discursos dos profissionais a seguir que estes apresentam um olhar para o contexto familiar centrado na doença.

M1⁶ *Nós visitamos uma família que morava em uma casa em 4 pessoas, a avó a filha e 2 netos, e nesta casa, o neto adolescente ficava um pouco em casa, trabalhava e estudava, a avó aparentemente sadia. A filha e a neta dela tinham doença mental. A filha dessa senhora inclusive já tinha sido internada no hospital psiquiátrico. E a mocinha que devia ter uns 16, 17 anos, estuda na APAE.*

M2⁴ *Uma paciente que usava crack e ela de início não tinha cuidados consigo própria, não tinha cuidado com o filho, vendia tudo de casa. A família relatando que ela chegava a ter momentos de surto para buscar droga, ela chegava a queimar vestimentas e até peças que existia na sua casa para pressionar a família a dar dinheiro para ela.*

M1¹⁴ *Eu sei dessa família, está assim, a senhora que é a avó está bem, esta mocinha que ainda estava internada no Hospital Municipal na ala psiquiátrica, e a mãe dela que não vai bem, fica só em casa, fica a maior parte do tempo deitada.*

Os discursos visualizam os integrantes da família associados a uma patologia ou a um sintoma como que procurando um diagnóstico, apesar de esses profissionais atenderem na mesma unidade, eles têm, contraditoriamente, olhares diferentes no que diz respeito à assistência à saúde da população, no seu contexto familiar, pois, aqui, estão voltados para o modelo biológico focado na doença.

O discurso do entrevistado faz referência à perda contratual dos pacientes com a família e com o trabalho, um é colocado para morar no fundo da casa e o outro não consegue mais trabalhar, perdendo parte dos recursos para sustentar a família. Esta situação interfere e modifica o contexto e as relações familiares.

AC7¹⁸ *Tem outros pacientes também, o R. C. ele abandonou a esposa, era andarilho, aí quando ele voltou para a casa, a esposa fez um quarto para ele no fundo da casa.*

AC7²² *O R. B., esse, até três anos atrás, ele era, digamos, normal. De repente, ele teve um surto, ficou internado várias vezes, hoje, tem que tomar medicamento, tem a esposa e uma filhinha, não consegue mais trabalhar, está encostado.*

Estas frases reiteram que os profissionais de saúde devem consolidar os preceitos da reforma Psiquiátrica. Dentre eles o da desinstitucionalização do

portador de transtornos mentais e a sua reintegração no convívio familiar e social, pois, tratar o indivíduo isoladamente de sua família não se alcança efetividade, portanto, qualquer ação de saúde mental ou tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar⁽¹⁷⁷⁾.

Nos relatos apontados, necessitamos entender que nem todas as pessoas conseguem superar e trabalhar suas emoções, que envolvam o cuidado a uma pessoa fragilizada pelos efeitos indesejáveis da medicação e da doença. A doença necessita de diferentes intervenções que envolvem as recaídas e as perdas da saúde, financeira e do equilíbrio físico, mental e emocional⁽¹⁷⁸⁾.

Silva, Lippi e Pinto⁽¹⁷⁹⁾ relatam que as dificuldades financeiras são a principal causa de conflitos, tendo em vista que o cuidador assume o doente, tanto no cuidado, como no custeio da casa e do tratamento. Koga⁽¹⁷⁵⁾ refere três tipos de sobrecarga à família: a financeira, o desenvolvimento das rotinas familiares e as manifestações de doença física e emocional.

Segundo Saraceno⁽³⁵⁾, o processo de reabilitação “depende de variáveis que operam contra ou a favor da contratualidade”, estas estão no cenário do habitat, da rede social do trabalho com valor social e na rede social.

O empobrecimento da rede social do usuário também se configura como desabilitação, perda quantitativa e qualitativa, desde a primeira rede social disponível, que é o núcleo familiar, até as formas mais ampliadas de relações.

4.2.2 Assistência ao Cuidador

Santos, Moraes e Piccinini⁽¹⁸⁰⁾ ao focalizarem a família, referem que o “paciente não é sozinho, ele vem de algum lugar” que devemos valorizar as “pessoas cuidadoras de quem necessita o cuidado quer sejam as figuras parentais e/ou profissionais”^(172,180).

O Cuidar do outro é, antes de tudo, cuidar de si. Assim, o Cuidar é um processo interativo entre o ser cuidado e o cuidador, sendo necessário envolvimento para compreensão do seu significado. O cuidar deve levar a pessoa a alcançar o conforto, enquanto cuida, e conforto envolve

relacionamento humano. Cuidado é um processo em que se ajuda o outro a crescer, por meio da confiança mútua e de uma transformação qualitativa no relacionamento⁽¹⁸¹⁾.

“O cuidado humano é uma atitude em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam numa forma a promover o crescimento e o bem estar da outra”⁽¹⁸¹⁾.

O cuidador pede ajuda aos profissionais da ESF, pois, não consegue lidar com a situação de crise.

E1⁸ E nisso, a mãe pedindo ajuda, socorro, porque já não sabia mais o que fazer, porque ela ficava a noite toda para lá e para cá, não deixava ninguém dormir, não deixava a mãe dar a medicação, estava muito agressiva com as crianças.

Essa situação não é exclusividade dessa família, ela é corriqueira em várias outras, pois, segundo Silva, Lippi, e Pinto⁽¹⁷⁹⁾, 55% dos familiares cuidadores relataram muita dificuldade para lidar com o paciente em crise, uma vez que, na maioria dos casos, os doentes apresentam agressividade física e quebram objetos.

Os discurso denunciam que a cuidadora está apresentando problemas emocionais e físicos.

AC7³⁷ Esposa dele [do doente] fica deprimida [...] agora mesmo ela começou a ter uns picos de pressão alta, tomar medicamentos. Uma vez eu fui lá e ela tomou medicamento dele, pois estava muito nervosa.

AC7⁷ Ultimamente, ela fica vivendo só de água, noite ela pega jarras de água, cinco ou seis e toma água a noite inteira. Toma e urina na cama. A avó vendo essa atitude, pegou as vasilhas, furou tudo, o que foi de plástico ela quebrou e que era de alumínio ela furou com prego. Para evitar que essa menina tomasse tanta água.

O transtorno familiar se expressa, especialmente, nas crises que o doente apresenta, a piora desse quadro se torna um momento de perturbação para esta família, principalmente, para os cuidadores, que apresentam dificuldades para lidar com essa situação⁽¹⁸¹⁾.

Esses familiares, citados, sofrem de sobrecarga e manifestação de doença física e emocional⁽¹⁷⁵⁾, decorrente do papel de cuidador, que pode resultar em níveis elevados de estresse e transtornos mentais comuns, com sintomas de ansiedade e depressão^(182,183).

Apreendemos nos discursos dos profissionais da ESF, que realizam algumas ações para os cuidadores e que têm dificuldade de lidar com os problemas encontrados no contexto.

AC1⁸ *Geralmente, nós conversamos com a família. É assim, nesse atendimento domiciliar, a gente vê que não só a pessoa precisa de tratamento, mas também a família toda precisa de alguém para estar acompanhando, de uma orientação, de como estar cuidando daquele paciente, de saber andar com as próprias pernas.*

AC5¹⁷ *Na primeira família, que te falei, tem vários casos de problemas na família. Então, às vezes, um está em crise outro não. Para a mãe [Cuidadora] nós damos apoio. Ela procura participar de passeios e atividades que nós temos na unidade.*

AC7¹⁴ *[...] é difícil também para um cuidador, não é difícil uma vida inteira de cuidados, não é uma semana ou duas. Essa mulher também não tem vida própria. Às vezes, me dá uma vontade de dar um “chacoalhão” e falar umas besteiras, mas você para e pensa: “se fosse eu, não sei se eu aguentaria, não é vida para um ser humano isso aí, só a pessoa indo no ambiente e conviver.*

AE1¹² *Eu vejo esse desespero dessas famílias, onde não tem continuidade. E agora? Voltamos para o PSF? Voltamos para o clínico geral? Pois pouco eles podem fazer.*

Percebe-se, nas frases temáticas, que os profissionais oferecem apoio ao cuidador, sinalizando com a possibilidade de existir alguém para acompanhá-lo e orientá-lo, no entanto, deixando claro que ele não tem o preparo para realizar este tipo de ação. Compreendem, também, como é complexo e difícil para o familiar conviver no ambiente com sofrimento psíquico, e conseguir articular sua vida, anulando sua vontade e necessidades, para suprir a dependência do doente.

O que observamos é que os profissionais da ESF, apesar de realizarem algumas ações aos familiares e portadores de transtornos mentais, não estão capacitados para orientar os cuidadores, principalmente, quando o doente está em crise. O Cuidador também não está preparado e suficientemente apoiado para resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades, geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental.

Desse modo, os serviços de Saúde Mental e a Atenção Básica devem reestruturar sua prática, pois a desinstitucionalização é uma proposta que considera a família como principal autora no processo, e deve ser preparada para isso por profissionais da área, tornando-se fundamental a manutenção do

doente fora da instituição psiquiátrica, e a família não deve ser condenada⁽¹⁸⁴⁾. E ainda, as mesmas autoras referem que o doente mental necessita de assistência profissional para voltar ao convívio social e, muitas vezes, o serviço de apoio para auxiliar a família nessa tarefa é ineficaz.

Preconiza-se, então, a formação: de cuidadores, de profissionais que atuam na Atenção Básica e o aumento da participação da comunidade. Essas ideias vêm sendo incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira⁽¹⁸⁵⁾.

O apoio à família dos portadores de transtornos mentais é uma das novas ações tecnológicas oferecidas pelos profissionais da ESF. Esse apoio terapêutico é apenas mais um complemento para o atendimento ao usuário na sua integralidade.

Como podemos observar, que os profissionais da ESF têm um olhar voltado para o ambiente familiar do doente mental.

AE2⁶ [...] o que eu observo é que a família precisa dar mais atenção.

AC7¹⁷ Agora a irmã dele começou a trabalhar, às vezes, ligo no trabalho dela para avisar que o prazo das injeções do L. estão terminando.

M1⁷ O que é interessante que eu senti é que faltava para essa senhora um ponto de apoio, como fazer para lidar com essas pessoas?

AE1⁶ A gente quer que a família se envolva, não se desanime, não tenha o desespero, só acompanhe.

E1²⁰ E também as crianças, nós damos apoio para a avó, em questão da alimentação, do desenvolvimento, de um acompanhamento médico.

AE1³ Ela troca os remédios, não se adapta, enfim. Não é o acompanhamento que gostaríamos de dar.

As situações aqui destacadas, nos discursos dos profissionais, fazem parte do projeto terapêutico singular que oferece apoio à família pelo telefone, realizam acompanhamentos e supervisão em conjunto entre a equipe, o familiar e o usuário.

Esse tipo de suporte no ambiente familiar é denominado de dimensão assistencial, sendo ela a responsável pela produção da clínica direta com os usuários⁽¹⁶²⁾.

Em algumas ocasiões, os profissionais da ESF observam que as

práticas de cuidados em saúde mental dependem da articulação de um conjunto de condições, como a própria organização do sistema de atenção à saúde especializada e o acesso aos equipamentos sociais.

Outro núcleo que emerge através dos discursos dos profissionais da ESF realça a questão da dimensão técnico-pedagógica, o que vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe.

E2⁷ A família não consegue, não é só visão minha porque, em cima desse caso, nós já fizemos discussão de caso com o NASF, discussão de caso com a coordenadora de saúde mental, discussão de caso com o CRAS, discussão de caso com o CAPS, que era para ele estar freqüentando, então, assim, é um paciente que quase todo mundo já conhece "de cor e salteado" na rotina, e aí agente bate assim, falta de repente alguém para conduzir.

O discurso do profissional segue as diretrizes do NASF⁽¹⁶²⁾, pois o “caso” é discutido em vários setores, compartilhando conhecimentos com a equipe para que ela possa se aproximar da resolutividade desejada para esse caso.

Essas dimensões são indicadores importantes no resultado do trabalho de apoio, tanto na família, como na equipe de saúde de família e com o NASF, pois, com essa atuação, ocorre a integração das equipes, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários, provocando a diminuição de pedidos de encaminhamentos (mais bem designados agora como “compartilhamento”) de transtornos⁽¹⁶²⁾.

Esse compartilhamento entre profissionais gera novas tecnologias e produzem “novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde”⁽³⁴⁾, a serem incorporadas pelas equipes no âmbito do SUS.

As manifestações das doenças mentais estão calcadas no “imaginário” social de que o louco é perigoso, impõe riscos à sociedade ou “simplesmente incapaz de cuidar de si”⁽¹⁸⁶⁾.

Quando a família descobre que o seu familiar é doente, os seus sentimentos são os mais variados, tais como: ansiedade, medo, ressentimentos, tristeza, vergonha, culpar uns aos outros, esconder a doença por preconceito, negação da doença. Também o paciente pode negar a doença.

Os profissionais da equipe devem desenvolver empatia e assim se aproximar e compreender o sofrimento pelo qual a família está passando. Para a família, o importante é que ela reconheça o sentimento sem negar a doença ou se culpar por ela.

Os discursos dos profissionais da ESF revelam três núcleos de compreensão das representações dos familiares sobre a existência da doença mental na sua casa.

O Primeiro núcleo relacionado à negação da doença pelo próprio paciente como segue:

AE2²⁵ *Ali é uma família difícil, o tratamento deveria começar na avó. Mas ela não aceita.*

AE2¹³ *Ali é complicado porque a família é desestruturada, vejo que até a avó tem distúrbio mental. Mas, como ela não aceita a doença da neta, que dirá a dela.*

Neste segundo bloco, a família nega a doença do familiar:

AE1⁵ *Um mês atrás conversamos com a mãe, que acham que é fingimento dela, eu falei que não. Isso era comportamento. Ela melhora e piora, e é uma doença, um transtorno que ela tem.*

AE2² *Ela mora com a avó porque a mãe também possuía um distúrbio mental. A avó não aceita que a neta tenha alguma doença mental, então, ela tenta tratar a neta como uma pessoa normal.*

AE2⁹ *Mas a avó não aceita, ela sabe que a menina precisa tomar medicação, que ela toma tudo errado, e, que ela disse que a neta não era louca para ter que ir lá. Mas, enfim, de tanto a gente conversar ela acabou indo.*

AC7³ *E a avó não aceita dizer que a menina tem problema mental.*

AC7⁸ *[...] tentamos consulta [psiquiatra] e até internar. A avó não aceita, diz que a menina não tem problema.*

Neste terceiro núcleo, para a ESF, a família não cuida do paciente:

E2⁸ *Eu já cheguei, já teve visita domiciliar, de eu chegar lá e falar assim: "Saiu, passou por consulta psiquiátrica.". O responsável, o "cuidador": "Doutor mudou a medicação?". "A medicação é assim...", ela me pega uma bolsa e vira, e dentro da bolsa tem "n" embalagens abertas e começadas, "n" embalagens vazias que estão lá dentro não sei por que, sem nada marcado, os remédios em uma condição que se for ver a embalagem não é bem cuidada, está suja, você nem sabe de quando! [...]*

AC8¹¹ *A maioria das vezes, tem aquele paciente onde a família, cuida mal, mas*

deixam a oferecer o máximo que pode, pois, às vezes, tem que dar o remédio tal hora, e, às vezes, não tem aquele carinho, dedicação que precisa em casa, o próprio filho ao invés de ajudar, acaba piorando, muitas vezes a causa é ele. Às vezes, a mãe já está doente e o filho ao invés de estar ajudando, fica piorando mais.

E1³ *O que é difícil, porque a família não assume. Sempre ela vem sozinha e a gente tenta explicar e expor o caso, mas ela não [pausa] é complicado ela entender.*

Observamos nas falas dos informantes que eles responsabilizam a família como única responsável pelo não tratamento, pois não administram o medicamento e também não participam das consultas, como se os pacientes não interagissem com o meio social, discurso esse semelhante ao encontrado por Rosa⁽⁶⁸⁾, ao estudar equipes da ESF.

Nota-se, também, que ao relatarem as suas representações dos familiares, como pessoas difíceis, quase os inimigos, os profissionais desvelam conceitos de normalidade/anormalidade em relação às pessoas com doenças mentais e, aos próprios familiares.

Para Melman⁽²⁹⁾ “no imaginário social, predomina uma visão de medo e rechaço frente a qualquer experiência humana que se afaste dos padrões de racionalidade e normalidade hegemônicos.”

Os familiares dos pacientes também “experimentam certos desajustes” denominados de “desabilitações sociais transitórias e distúrbios de relação de casal persistentes”. Esses desajustes decorrem de conflitos do familiar com o doente causando efeitos sobre a saúde da família e os serviços não sabem como lidar ou oferecer suporte⁽¹³⁰⁾.

Golçalves e Sena⁽¹⁸¹⁾ referem que há um maior grau de rejeição ao doente mental pelas cuidadoras, quando estas apresentam precárias condições financeiras, aliado a um comportamento bastante agressivo do paciente.

Parece que os vínculos afetivos existentes entre o doente mental e sua família vão se perdendo quando o paciente é internado e, quanto mais elevado o número de internações, maior será a rejeição familiar⁽¹⁸⁷⁾.

4.3. PROCESSO DE TRABALHO

A palavra trabalho possui significados diferentes que são utilizados no nosso cotidiano. Devemos estar atentos à grande discussão sobre o trabalho no mundo de hoje, sendo que a compreensão do trabalho foi e ainda é um desafio.

A concepção de trabalho em Marx é absolutamente central para o entendimento de sua concepção de homem e de sociedade, justamente porque o trabalho é central na vida humana e social⁽¹⁸⁹⁾.

Segundo John Locke (1632-1704), o trabalho é concebido como intervenção do homem sobre a natureza, cria direitos. Para Adam Smith (1723-1790), o trabalho é gerador de direitos, evidenciando que o trabalho é criador de valor como riqueza objetiva de uma nação, introduz a distinção entre "ação produtiva e ação improdutiva ou ação em sentido estrito"⁽¹⁹⁰⁾.

Com David Ricardo (1772-1823), o trabalho é concebido como fator de produção, como determinante do salário, renda e do lucro, perdendo a essência de fator de construção humana⁽¹⁹⁰⁾.

Hegel confirma as suposições de Locke e Smith, para quem o trabalho é fundamento da cultura da humanidade, ao mesmo tempo em que torna mais fácil interpretar o sentido da filosofia prática tradicional. Para o autor, o trabalho - processo de apropriar-se da natureza e submetê-la - representa um estágio da constituição do "eu" e da obra. O trabalho é um dos "meios" em que permite ao "espírito" objetivar-se e formar-se⁽¹⁹⁰⁾.

Assim é que, seja como busca de um entendimento teórico-crítico-reflexivo sobre o trabalho, seja como esforço de superar novos desafios que mudanças provocadas pelo desenvolvimento científico e tecnológico, pelo dinamismo das relações socioeconômicas e por novas configurações político-culturais, outras contribuições vêm sendo trazidas ao entendimento do trabalho e sua posição no quadro da organização social. Essas contribuições aparecem tanto como desdobramento do pensamento marxista, quanto em uma linha de crítica a este pensamento.

Historicamente, pelo trabalho individual e coletivo (grupo social), se

produziam-se os meios de sobrevivência, existência e o modo de vida. De maneira diferenciada, os grupos se instituíam, distribuindo ocupações, atribuindo tarefas diversas por sexo, idade e características físicas. Desse modo, organizavam o trabalho de produção, organizavam a vida do grupo para o trabalho, hierarquizava-se o trabalho e as pessoas na vida do grupo.

O advento do capitalismo faz com que o ser humano deixe de ser considerado "alma" - propriedade ou protegida do senhor de escravos ou do senhor feudal - e passe a ser considerado força de trabalho, impessoal, livre, mais uma mercadoria da sociedade burguesa.

Na visão do Materialismo Histórico e Dialético, o trabalho pode ser definido como um processo no qual os homens atuam sobre as forças da natureza controlando-a e transformando-a em formas úteis à sua vida, suprimindo as necessidades, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, modificam a si próprios⁽¹⁸⁹⁾.

O trabalho em saúde configura-se com as leis do trabalho em geral, dessa forma a carência ou a necessidade individual ou coletiva desencadeia a geração de uma ação. E esta ação desencadeia o estabelecimento de um projeto direcionado para uma finalidade e com o poder transformação de um objeto de trabalho, que resultará em um produto a ser oferecido para o consumo, que poderá satisfazer a carência ou a necessidade individual ou coletiva⁽¹⁹¹⁾.

Neste sentido, o homem necessita de saúde, portanto, a saúde pode ser entendida como um trabalho, pois, possui uma tecnologia, que é utilizada para atender um fim, que nesse caso vai suprir uma necessidade humana. Esta necessidade humana modifica-se de acordo com o contexto social e o período histórico.

Gonçalves^(191,192) sistematizou o trabalho em saúde ao estudar a aplicação da teoria marxista no campo da saúde. Nesse estudo o processo de trabalho é determinado pelas necessidades humanas em que estão articulados o objeto do trabalho, os instrumentos ou meios e a finalidade. Segundo Marx⁽¹⁸⁹⁾ a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Dessa forma os componentes do processo de trabalho são: a atividade humana adequada a um

fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. E assim o processo de trabalho termina quando se chega à finalidade da ação, que é a conclusão produto.

Esses componentes, o objeto, os meios ou instrumentos e a finalidade, precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho. E ainda, que esses componentes são constituídos por categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade⁽¹⁹¹⁾.

Segundo Frigotto⁽¹⁹³⁾, as mudanças na base técnica da produção e o impacto sobre o conteúdo do trabalho, divisão do trabalho e formação humana geram um desafio teórico e político prático para os que tomaram a categoria trabalho como eixo de compreensão.

Na execução do seu processo de trabalho, a maioria dos profissionais trabalhadores de saúde tem atuado de forma mecanicista, como a abelha a que Marx faz referência nos seus escritos, quando diz que o “instinto” a faz construir a melhor colméia sempre do mesmo modo. Ao contrário, o homem, enquanto ser dotado de inteligência e pensamentos, idealiza e coloca em ação o desejo que emerge da sua vontade. A produção de saúde não pode ocorrer no contrato estabelecido das normas ditadas pela sociedade capitalista que valoriza o produto em detrimento ao produtor. Entendendo esse produto, o cuidado enquanto mercadoria, este não deve ser o objeto da produção do profissional de saúde apenas enquanto necessidade de resultados ou valor de troca, mas deve estar alicerçado no conhecimento adquirido e nas experiências vividas no cotidiano do trabalho em saúde para promover o atendimento das necessidades do doente. Franco e Merhy⁽⁸³⁾ nos colocam que:

Em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.

Ao depararmos com o processo de trabalho em saúde mental, que visa atender à nova política de saúde mental, que tem como diretriz a inclusão social, Silva e demais autores⁽¹⁹⁴⁾ revelam a tendência do trabalho de enfermagem como prática social e articulada com potencial transformador para romper o modelo tradicional da Assistência Psiquiátrica. Referem ainda que, na enfermagem, o processo de trabalho tem dois diferentes momentos: o processo saúde-doença mental e uma prática educativa para a participação social. Destacam que esses diferentes processos podem ocorrer no âmbito da saúde coletiva e no atendimento individual curativo.

Neste estudo, abordamos o processo de trabalho relativo às ações de saúde mental realizadas pelas equipes da ESF e dessa forma, nosso enfoque concentra-se nas atividades desenvolvidas frente aos familiares e portadores de transtornos mentais.

O processo de trabalho em consonância conforme a política de saúde mental apresenta como objeto de trabalho uma dada população localizada em um determinado espaço geográfico, este tem como finalidade a produção de saúde, especificamente, neste caso da saúde mental, promovendo a inclusão social, prevenção e promoção, e os instrumentos utilizados são diversos e devem adaptar-se à dinâmica e a flexibilidade das necessidades da saúde, dessa forma a organização do trabalho deve ser o principal gerador do produto e os agentes do processo possam experimentar novas tecnologias e romperem com a organização médica do serviço, com um planejamento e participação de toda a equipe, com uma divisão não burocrática do trabalho e que possa modificar-se conforme a conduta do caso e dos resultados obtidos. Dessa forma, tal processo de trabalho se contrapõe ao “modelo de atenção tradicional” centrado no médico, modelo asilar, onde o objeto de trabalho é a doença mental, finalidade a cura, melhora ou a readaptação social e os instrumentos a concepção do projeto terapêutico de competência privativa do agente médico com o auxílio dos demais trabalhadores⁽¹⁹⁵⁾.

Desta análise resultou o material empírico dos discursos dos profissionais da ESF a categoria Processo de trabalho aqui discutido a partir dos elementos constitutivos principais: finalidade, objeto e instrumentos.

4.3.1 Finalidade

A finalidade do processo de trabalho é determinada pela ação direcionada a um objetivo que deve ser previsto pelo trabalhador, antes e durante a realização do trabalho. A finalidade é o “para que” e corresponde a uma necessidade ou carência com já foi dito anteriormente.

Durante a análise dos discursos dos informantes, observamos que as finalidades no processo de trabalho a partir dos profissionais da ESF, são marcadamente a autonomia e o encaminhamento.

Desse modo, podemos dizer que os valores que regem a assistência à saúde têm sofrido mudanças e incrementos “na qualidade desta assistência de acordo com as novas” tecnologias⁽¹²⁵⁾. Passando a se constituir como uma prática menos reducionista sobre a saúde, avançando para além da simples intervenção médica, que busca a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família⁽⁶⁰⁾.

4.3.2 Autonomia

O objetivo da ESF, no que diz respeito aos cuidados e às demandas de saúde mental, refere-se à qualidade de vida dos usuários, dos familiares e do ambiente, aumentando a autonomia e o envolvimento do sujeito e da família⁽¹⁸⁸⁾. Dessa forma, a família e a comunidade devem estar envolvidas nesse processo de cuidado dessa demanda, uma vez que, a partir da reforma psiquiátrica, o doente mental não mais é direcionado para o hospital psiquiátrico, mas permanece no domicílio, convivendo em família.

A autonomia pode ser entendida como condição de uma pessoa para produzir normas, gerar ordens, regras para sua vida, conforme as diferentes situações que venha a enfrentar⁽¹⁹⁶⁾.

Ofertar atenção integral à saúde às pessoas com doença mental exige

adoção de novas práticas para o cuidado em saúde, as quais deverão ser norteadas pelos conceitos de autonomia e integralidade, constituindo-se num grande desafio para a saúde mental na atenção básica⁽¹⁹⁷⁾.

O trabalho em saúde na atenção básica necessita de uma especificidade tecnológica para produzir saúde básica, pois, é nesse espaço, que existe possibilidade mais efetiva da promoção da autonomia no cuidado em saúde, visto que essa modalidade de serviço está menos aprisionada ao trabalho médico restrito⁽¹⁹⁸⁾.

O que se verifica, nos discursos dos profissionais da ESF a seguir, são as dificuldades dos pacientes que vão sendo resolvidas no decorrer do contato diário com os profissionais e que, provavelmente, a intervenção clínica tradicional dos consultórios não resolveria. O processo terapêutico nessa nova modalidade se direciona para a promoção da qualidade de vida e do incremento da independência e da autonomia.

AC1⁷ Depois que a gente conseguiu trazer ela para a unidade, ela fazia as consultas regularmente. Depois, ela não teve mais nenhum caso de surto que fosse necessário internar. Ela já podia estar participando junto com nós, vindo para a unidade sozinha, sem ninguém precisar estar trazendo ela. Ela ficou mais tranquila e consegue nos atender melhor.

AC7²⁰ A mulher dele ensinou ele a estar indo buscar o medicamento lá no CAPS. Ele pega o circular [Ônibus] sozinho, e vai buscar o medicamento dele. Até um dia desses, estive lá [UBS] e a esposa falou que ele foi a pé ao CAPS, porque a circular demorou demais, ele preferiu ir a pé.

E1²⁴ É nesse grupo que eu estou tentando trazer as meninas dessa família participarem. Elas nem saíam de casa, agora elas já saem, vêm para o grupo de hiperdia. Ela mesma vai buscar a medicação dela, então, ela já está se socializando, mas, antes, nem isso ela fazia, era sempre a mãe que ia buscar, hoje já é ela que vai buscar. Então, eu acredito que já é um avanço para nós. Ver ela participando, ela indo e vindo. Antes, ela tinha um pouco de vergonha, um pouco de receio da própria aparência, porque ela engordou muito, ela se achava um pouco feia, agora já não, ela já está participando mais.

M2¹⁸ Dentro do contexto geral, a paciente não expôs mais nenhum problema. Está tomando as medicações corretas, voltou às suas atividades: trabalhar, tomar conta da casa, tomar conta do seu filho. E, assim, dentro das últimas visitas, ela não tinha apresentado nenhuma queixa ainda. Ela disse que a vida dela mudou e ela está bem.

Nos discursos dos entrevistados, percebemos o desenvolvimento de atividades que reforçam a autoestima com o alcance a patamares maiores de autonomia, e também como atividades importantes na sua vida cotidiana. À

medida que são valorizadas e trabalhadas essas questões, o serviço aproxima-se de pressupostos da reabilitação. Entretanto, ainda estão em cena as abordagens organicistas, como as analisadas anteriormente. A contradição aqui presente pode ser inerente ao processo da construção diária de novos serviços, em que, cotidianamente, há dilemas e enfrentamentos no lidar com o sofrimento psíquico.

Para Campos G e Campos R⁽¹⁹⁹⁾, ao refletirem sobre a questão da autonomia, definem como “um processo de coconstituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto”. Assim, a construção social do sujeito para a conquista da autonomia depende de condições externas ao sujeito. Essas condições seriam “a existência de leis mais ou menos democráticas, do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações”⁽¹⁹⁹⁾.

Kinoshita⁽¹⁹⁶⁾ apropria-se da autonomia enquanto eixo para a reabilitação, como podemos observar na análise desse conceito:

Reabilitar pode ser então entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia [...]. Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência.

Saraceno⁽³⁵⁾, ao falar de reabilitação, aponta que, nessa nova abordagem, o indivíduo passa a ocupar lugares para além dos muros dos hospitais psiquiátricos. Ao inserir-se nas ruas, nos espaços urbanos, o indivíduo constrói suas redes sociais, aumenta suas possibilidades de negociação, ao realizar trocas afetivas e materiais; pilares esses fundamentais na conquista de autonomia. Essa habilidade de o indivíduo realizar trocas é o que, segundo Saraceno⁽³⁵⁾, viabiliza o processo de reabilitação, é para ele: “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”.

Mota e Barros⁽²⁰⁰⁾ referem que podemos “pensar na reabilitação desses indivíduos, o que significa ajudá-los a ter mais autonomia, mais independência e poder criar normas para dirigir suas próprias vidas.”

Para Pitta⁽²⁰¹⁾, a reabilitação psicossocial também pode ser considerada

como um “processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade”.

Podemos ainda definir “reabilitar” como “melhorar as capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível”⁽²⁰²⁾.

Dessa forma, podemos considerar que os profissionais da ESF devem ser facilitadores para que os pacientes psiquiátricos adquiram um novo padrão de organização para restabelecer vínculos sociais.

4.3.3 Encaminhamento

Os encaminhamentos constantes dos doentes mentais, referenciados pelos profissionais da ESF, decorrem dos parcos investimentos da Reforma Psiquiátrica na Atenção Básica, fator esse que provoca repercussões para a produção de subjetividade dos profissionais, pois, em sua grande maioria, “se mantiveram à margem do movimento social pela saúde mental e pouco engajados na criação de uma assistência mais inclusiva e reprodutora da vida social”⁽²⁰³⁾. Sendo assim, são poucos os profissionais que se envolvem com a assistência ao doente mental, na base territorial, de maneira integralizada entre as redes de apoio e a Atenção Básica.

Outro fator a ser considerado é que a psiquiatria se apresenta como especialidade médica na área de saúde; sendo assim, destaca-se a maneira como operam as práticas, que são centralizadas nas guias de referência e contrarreferência da UBS aos centros de “especialidades ou nível de maior complexidade repercutindo quase sempre em des/responsabilização pela produção de saúde”⁽²⁰³⁾.

Em estudo realizado por pesquisadoras, na cidade de Cuiabá/MT, sobre a assistência prestada aos doentes mentais pelas equipes da ESF, observaram, entre outros fatores, que as relações da equipe com os usuários eram fragmentadas, exemplificando: “eu faço a minha parte, encaminho, para o outro fazer a parte dele, que também não sei qual foi” e, dessa forma, ocorriam

“intermináveis encaminhamentos, evidenciando uma desarticulação de ações” que elas denominaram de “encaminhoterapia”⁽⁷⁰⁾.

Segundo Botega⁽²⁰⁴⁾, os encaminhamentos para a psiquiatria podem ser utilizados como uma maneira de transferir a angústia e a responsabilidade, ou ainda, evitar o contato com os aspectos psicossociais do paciente.

O esquema tradicional dos encaminhamentos dos doentes mentais, mesmo que por meio de guias de referência e contrarreferência, com atuação isolada de ambos os lados, permanece com demandas esporádicas de trabalho conjunto entre os profissionais.

Para superar a lógica centrada no encaminhamento é preciso que ocorram modificações na estrutura organizacional, que repercutem em reformulações do processo de trabalho tradicional.

A inserção da saúde mental na ESF, enquanto política de saúde pública local, necessita de uma ruptura nos antigos padrões assistenciais e a superação da racionalidade dos profissionais, ainda hegemônica nas ações de cuidados que são desenvolvidos. Para essa ruptura, é necessário um amplo compromisso ético-político dos gestores profissionais trabalhadores em saúde e usuários do sistema, sendo a pauta de discussão a inversão do modelo assistencial, que está centrado no modelo biomédico que se perpetua na assistência à saúde; experiências profícuas como a da Saúde Mental na Atenção Básica permanecem reproduzindo cuidados assistenciais que levam à medicalização, realização de exames e padrões diagnósticos e de encaminhamentos pouco resolutivos.

Para tais reformulações, o modelo de pirâmide, com os seus níveis de complexidade, há muito tempo tem sido questionado por alguns autores. Campos⁽²⁰⁵⁾ recomendava a “substituição da pirâmide por um redemoinho de cabeça para baixo [...] tendo como fonte de energia as necessidades e interesses dos usuários e como leme o diálogo do saber técnico”, ainda que todo esse aparato fosse mediado pela política. Campos⁽²⁰⁶⁾ propõe uma rotação dos organogramas. Assim, os antigos departamentos especializados (outroa verticais, encarregados do acompanhamento longitudinal dos usuários) passam a ser horizontais, oferecendo apoio especializado às equipes interdisciplinares de referência. Cecílio⁽²⁰⁷⁾ discute a possibilidade de pensar a hierarquização do sistema a partir de uma pirâmide arredondada, desse modo,

todo o serviço funcionaria como porta de entrada aos usuários, e cada serviço se responsabilizaria pelas demandas, realizando a integralidade possível de suas ações.

Seguindo essa linha de pensamento, a ESF são as referências e, portanto, responsáveis por ampliar a clínica, realizando projetos terapêuticos de curto, médio e longo prazo, responsabilizado-se pelo usuário e evitando encaminhamentos desnecessários.

Uma rede de Atenção Básica de resolubilidade só pode ser alcançada pelo compartilhamento dos saberes teóricos e práticos e com as alterações profundas nas estruturas estáticas com poderes estabelecidos, gerando um trabalho interdisciplinar, por meio de uma rede de serviços de saúde interligados.

Quando um paciente utiliza uma oferta especializada da saúde mental, ele não se desvincula da sua Equipe de Referência. Esta continua como corresponsável pelo desdobramento de seu Projeto Terapêutico⁽²⁰⁶⁾.

Sobretudo nos pequenos municípios, a responsabilidade pelo cuidado aos usuários de saúde mental do território deve ser compartilhada entre as Equipes de Referência em Saúde Mental e equipes da Atenção Básica, excluindo a lógica do encaminhamento e visando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local⁽²⁰⁸⁾.

Entretanto, o encaminhamento para a emergência psiquiátrica e, após, para o hospital psiquiátrico ainda é uma prática comum, e muitas vezes é a finalidade do atendimento.

AE2⁸ *Outro dia era feriado, a avó falou que ela não estava comendo e a menina acabou relaxando de novo. Ela estava em casa, estava pálida. Conversei com um médico que acabou encaminhando ela para o hospital municipal, para o setor psiquiátrico.*

AC5⁴ *Ela não queria ficar lá internada por um período, ela se recusa a ficar em hospital psiquiátrico. O marido também não concorda, tanto que quando ela é encaminhada, ele vai lá e tira. Nesse dia, ela estava sendo acompanhada com a tia, e com uma colher ela se cortou de novo, ou seja, ela conseguiu ser trazida de volta para ser internada.*

AE1¹ *[...] temos transtornos, alucinações e, infelizmente, foi o cronograma vindo da secretaria, que é: encaminhar ao hospital municipal, e lá eles resolvem conforme a gravidade [...] e. em seguida. para o hospital psiquiátrico.*

O encaminhamento ao hospital psiquiátrico, até mesmo quando um parente próximo não concorda com a internação, parece ser a maneira de o profissional lidar com o doente mental, desconsiderando todo o processo pelo qual atravessa a Reforma Psiquiátrica, preferindo a institucionalização dessas pessoas. Para Goffman⁽²⁰⁹⁾, o hospital psiquiátrico impõe uma barreira ao intercâmbio social, às possibilidades de troca com o mundo exterior.

Como já relatado, existem municípios brasileiros com experiências inovadoras, nos quais o desenvolvimento de ações básicas de saúde mental pelas equipes de Saúde da Família vem sendo uma estratégia essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, entretanto, na grande maioria das cidades, o que prevalece é a precariedade da atenção à saúde mental, persistindo a manutenção da “indústria da loucura” e, conseqüentemente, a mercantilização do adoecimento e a medicalização do sofrimento⁽²¹⁰⁾.

Os discursos apontam que os profissionais da ESF relatam como obstáculo enfrentado, por aquele que demanda cuidados em saúde mental, a dificuldade no acesso aos atendimentos pelo psiquiatra.

AE2¹⁹ *Às vezes, o médico encaminha ao psiquiatra, mas demora um século. Então, o clínico tem que ficar segurando nos trinta e sempre ficar fazendo as mesmas receitas, às vezes, remaneja um pouquinho aqui e ali, mas, obviamente, ele não pode fazer tudo*

O único instrumento utilizado é a medicação enquanto aguarda seu atendimento e/ou encaminhamento.

Nesse caso, há dificuldade em conseguir acessar o psiquiatra para orientar o generalista, nas medicações, porque há poucos psiquiatras na rede.

Os profissionais da ESF têm dificuldade instrumental no reconhecimento dos problemas relacionados à saúde mental, pois, carecem de apoio técnico especializado.

Desse modo, o que observamos é a ênfase nas ações de encaminhamento para outros serviços e a sinalização das dificuldades relacionadas à sua consecução, conforme as falas dos entrevistados.

M2⁹ *Se não conseguirmos um resultado benéfico, nós encaminhamos para o psiquiatra. É assim que acolhemos.*

M2³ [...] *o caso de uma paciente usuária de crack e outras drogas mais. E fomos solicitados a ir até a casa da família para ver essa paciente. Chegando lá, a paciente*

estava bem agitada, não queria aderir o tratamento e isso nós continuamos lá buscando orientá-la que aceitasse a adesão ao tratamento, ao encaminhamento até para internamento. E depois de tantas tentativas, nós conseguimos internar.

M1¹³ *E a parte que eu fiz foi conseguir o encaminhamento dela para o psiquiatra, mais urgente do que o habitual.*

Notamos que a porta de entrada na rede de atenção à saúde mental ocorre pela atenção primária, entretanto, existe um fenômeno preocupante, que é a capacidade não resolutive do problema pela equipe de saúde da família, tendo em vista que, pelo SUS, essa equipe representa uma possibilidade para a inversão do modelo centrado na doença, e que, assim, teria seu poder resolutivo fundamentado na capacidade de descartar, mesmo que parcialmente, os encaminhamentos para os níveis mais complexos de atenção⁽²¹¹⁾.

Corroboramos com a vasta bibliografia encontrada que referem que o encaminhamento ao serviço de referência em saúde mental não é uma porta de entrada lógica como referência e contra referência, mas um contexto do não saber o que fazer e nem tampouco desejar saber o que foi feito, centrado no modelo biomédico^(37,70,154,212-213-214). Portanto, distanciando-se da proposta do SUS e da Política de saúde mental.

Observamos, nos discursos a seguir, a contradição do que vem sendo apontado pelos informantes.

M2⁷ [...] *nós conseguimos encaminhá-la e também ter o respaldo do psiquiatra.*

M2¹ [...] *na unidade eu absolvo o paciente para avaliar a questão de medicações, encaminhado do psiquiatra para acompanhamento na UBS.*

Nesses encaminhamentos, observamos a comunicação entre o nível primário e o secundário e assim ocorre “uma transferência de responsabilidade quando do encaminhamento”⁽²¹⁵⁾.

Desse modo, podemos romper com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados para uma lógica da responsabilização⁽¹⁶²⁾, em que, certamente, poderemos produzir maior resolubilidade à assistência em saúde.

Com encaminhamento dessa forma, a ESF articula-se com os outros níveis, amplia novas possibilidades na assistência ao usuário, com a garantia da referência por meio desse encaminhamento, racionalizando os recursos

tecnológicos do Sistema. Essa garantia de referência nos encaminhamentos do Programa amplia o acesso de todos aos benefícios existentes no Sistema de Saúde e está em consonância com outros princípios do SUS⁽²¹⁶⁾. Como acontece nos discursos a seguir.

Os encaminhamentos internos são compreendidos com base no fato de as equipes em estudo ofertarem serviço em várias especialidades à população, além do fato de a UBS conter múltiplos recursos para atenção à saúde da comunidade local. Tais características potencializam a utilização do serviço pelo usuário em suas diversas modalidades de atenção, constituindo-se, realmente, numa unidade de referência em saúde para o mesmo, uma vez que esse usuário torna-se aderente ao serviço. Pode-se ainda dizer que esses encaminhamentos internos expressam as interlocuções existentes entre os profissionais da Unidade.

AE1²¹ E alguns casos que a gente percebe, a gente diz para irem lá no doutor para avaliar melhor o paciente, se precisar de uma ajuda com medicamentos ele vai orientar, casos que o doutor vê ele encaminha para psicologia. A enfermeira de cada equipe tem o cronograma dessa psicóloga da unidade.

AE2³ Ela procurou a gente, a própria equipe. Foi, então, que eu a encaminhei para consulta médica. O médico avaliou, passou um soro, reforçou a medicação que ela não estava tomando.

AE1¹⁶ Às vezes, as pessoas vêm no posto e dizem que não estão se sentindo bem, dizem olha estou triste, aí começamos a observar, passamos para o clínico geral.

Souza e demais autores⁽⁷¹⁾ observaram que os encaminhamentos realizados pelos enfermeiros da ESF eram a conduta mais frequente quando o paciente era portador de doença mental e, quando realizado na unidade, era prioritariamente feito pelo médico ou para ele encaminhado.

Em estudo semelhante, realizado com os ACS, por Cardoso, Reinado e Campos⁽¹⁴³⁾, com o objetivo de avaliar o conhecimento destes sobre os transtornos mentais e de seu comportamento, em uma cidade do interior de Minas Gerais, observaram que o encaminhamento ao médico era a principal conduta realizada pelos ACS.

Assim, o desafio principal seria modificar a forma de atendimento da equipe centrada no médico, evitando o simples encaminhamento do problema. Uma proposta para solução poderia ser discutida por toda a equipe, o que

ampliaria a resolução dos problemas.

Contrariando a lógica do encaminhamento exclusivamente ao médico, os discursos a seguir oferecem uma clínica com opções de encaminhamentos a outros profissionais, promovendo uma prática diferenciada para resolução dos problemas do paciente portador de transtorno mental.

AC6³ *Aí oferecemos para ela participar com o grupo da S., a psicóloga, ou passar para a clínica psiquiátrica, opção para participar de outros grupos com a participação de família.*

E2⁶ *Os encaminhamentos pertinentes, não só referente à unidade médica, mas referência ao que nós temos de suporte, grupos de apoio do NASF, que são os outros profissionais, até a própria psicologia da unidade, além da psicóloga do NASF. Tentar fazer esses relacionamentos.*

Dessa forma, a UBS se apresenta como uma unidade centralizadora, para onde são levadas as queixas, demandas, sintomas clínicos e, a partir dela, são encaminhamentos para as especialidades, se necessário.

Assim, o Ministério da Saúde, há alguns anos, tem priorizado a assistência na rede básica e recomendado que essa deva ser realizada com o apoio matricial às equipes da atenção básica, explicitando que: “a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local”⁽²¹⁷⁾.

Com a finalidade de ampliar a assistência na rede básica, o Ministério da Saúde criou o NASF, em 2008, e a atuação deste no que diz respeito à área de Saúde Mental, propõe intervenções diretas frente aos usuários e famílias, porém, somente com o encaminhamento das equipes de Saúde da Família, com discussões e negociações prévias entre os profissionais responsáveis pelo caso e o atendimento individualizado somente ocorrer quando necessário⁽¹⁶²⁾.

Em outro discurso, sendo a situação de encaminhamento interno mal conduzido, favorecia o retorno da usuária à equipe para nova triagem e novo atendimento médico, constatamos que não há um consenso em relação à tomada de decisão nas ações de condução do usuário.

AE2⁵ [...] *Encaminhei ela, o doutor passou um soro, uma vitamina e ela foi embora. No outro dia, ela volta. E sempre volta.*

Esses pacientes não apresentam queixas de fundo psicológico para a equipe de Saúde da Família, complicando o seu correto diagnóstico e manejo, pois os profissionais têm uma especial dificuldade, para detectar adequadamente os problemas relacionados aos transtornos mentais, quando sua forma de apresentação envolve a presença de queixas somáticas.

Os problemas relacionados aos sintomas somáticos costumam gerar insatisfação nos profissionais e nos usuários do serviço, e geram custos elevados devido à solicitação de inúmeros exames, sem a definição apropriada do diagnóstico, na busca incessante de uma doença específica a ser medicada e tratada, como determina o modelo biomédico tradicional, prevalecendo a hegemonia do senso comum sobre o saber/poder médico.

Corroboramos com Barbam e Oliveira⁽¹⁵⁴⁾:

A pouca afinidade das equipes com os conceitos de saúde e doença mental distancia a unidade das reais necessidades da população nesse campo, e a atitude mais frequente é o encaminhamento para os serviços especializados. Porém, a realidade dos serviços secundários e terciários especializados em Saúde Mental não permite um seguimento adequado; em muitos casos, encontram-se distantes, fisicamente, e subdimensionados em relação ao excesso de demanda.

Para desenvolvermos um saber instrumental na área de saúde mental é preciso construir um referencial de competências que permitam interpretações adequadas para o encaminhamento dos casos, com a finalidade de aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local.

4.3.4 Objeto do Trabalho

O objeto do trabalho representa o que vai ser transformado, ou seja, a matéria prima, e no setor saúde, com já descrevemos as necessidades humanas de saúde. Portanto o objeto é onde incide a ação do trabalhador.

Nele esta contido o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, no entanto, não deixa essa qualidade potencial

transparecer por si mesma, imediatamente, de modo que essa qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto⁽¹⁹¹⁾.

Na saúde, o que diferencia este processo de trabalho dos outros é que seu objeto é o homem, consumidor do produto saúde, devendo-se, desta forma, considerar suas dimensões tanto objetivas quanto subjetivas.

Desse modo, buscamos revelar e discutir como tem sido compreendido o objeto de trabalho no discurso dos profissionais das equipes da ESF, nesse movimento de superação da psiquiatria tradicional centrada na doença.

Ao observar os discursos este revelaram um olhar diferente do objeto da prática tradicional, que é centrado na doença, o paciente passou a ser visto como um sujeito social com interações com o meio, onde a preocupação com os sinais e sintomas deixa de ser o foco de intervenção da doença, e assim passam a preocupar-se com a rede social que está inserida em seu território.

AC7³⁹ *Quando eu comecei a visitar ele. Ele não freqüentava o posto, ele era receoso, tinha medo de gente, ele não fazia várias coisas, não ia à igreja, brigava com a família e com o vizinho tinha uma convivência difícil no bairro. Hoje ele conversa com todo mundo.*

M1²² *Esta paciente usuária de drogas não necessita só de medicação, temos que ver seu contexto social, sua filha, mãe e a vizinhança é muito importante a participação da equipe no tratamento.*

Este território descrito nos discursos dos informantes com já citamos anteriormente “é à base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi”⁽⁴⁹⁾.

Estes discursos revelam que os profissionais apresentam um olhar que não foca a doença, mas sim a participação deste sujeito na sociedade, ampliando a rede de apoio ao usuário e consequentemente suas relações possibilitando novas trocas sociais, diferentemente do modelo asilar tradicional, que diminui os intercâmbios sociais.

No encontro entre o paciente e o profissional, para que exista produção do cuidado em saúde é importante que se consiga captar as necessidades do usuário, assim como do território.

Desse modo, o discurso seguinte afirma que o instrumento, o remédio não é a única forma de tratamento, sendo apenas parte deste, pois existem outros fatores que auxiliam neste processo.

E1⁴⁶ *Para as filhas que são doentes nos damos os remédios, e ajudamos a mãe dando apoio na questão da alimentação, mas não conseguimos sempre.*

AC2¹⁵ *Mesmo quando ela têm aquela crise, a gente dá apoio, ouve o choro, senta com ela, conversa, brinca, e aí as coisas melhoram e a crise vai passando. Assim é não precisa medicar ela pra fazer dormir.*

Observamos nos discursos que o objeto de trabalho não é mais entendido como a doença, nota-se que o estar junto abre caminho para o acolhimento, a solidariedade, a escuta tornando desnecessário o uso da medicação, para minimizar os sentimentos em um momento de crise. Entendemos que o uso da medicação é importante, mas não é o único tratamento a ser considerado para amenizar o sofrimento psíquico.

A produção do cuidado em saúde vai para além das necessidades farmacológicas e psicológicas, pois o vínculo criado promove a novas descobertas, assim como outras demandas relacionadas às necessidades básicas, fruto das desigualdades sociais.

Para Marx⁽¹⁸⁹⁾ a desigualdade social é considerada como um produto de um conjunto de relações pautado na propriedade como um fato jurídico, mas também político. As desigualdades sociais se manifestam num sistema de organização social no qual uma classe produz e outra se apropria do produto desse trabalho.

Através dos discursos compreendemos que o objeto de trabalho sobre o olhar do sujeito revela que além do uso de fármacos, ainda temos as condições sociais a que ele está submetido. Dessa forma podemos compreender melhor a situação vivenciada pelo sujeito em situação de adoecimento, que necessita de psicofármacos, mas este é apenas uma parte do tratamento.

Os discursos revelam que por um lado estão alinhados com o paradigma psicossocial, pois demonstram situações cotidianas que vão além dos aspectos biológicos. E por outro lado contrariando o modelo psicossocial estes profissionais estigmatizam os sujeitos:

AC1⁹ *Ela é muito sedentária, não consigo trazê-la para as atividades, ela não consegue trabalhar.*

A incapacidade para o trabalho esta presente nas raízes histórico-culturais no tecido social acerca das doenças mentais, herança dos antigos manicômios em torno do objeto de trabalho.

4.3.5 Instrumentos

Historicamente, a produção de cuidados reproduz a lógica capitalista na produção de saúde e condiciona as atividades profissionais, entretanto, há sempre, nesse processo contraditório e histórico do “trabalho vivo em ato na saúde”, uma micropolítica que pode provocar “ruídos, abrindo fissuras” e modificando os processos de trabalho instituídos. Essa micropolítica é o espaço das “tecnologias leves”, constituído, essencialmente, pelo relacionamento entre o trabalhador e o usuário, no qual o primeiro pode utilizar, em algum grau, a sua autonomia para potencializar o compromisso ético com a saúde e a vida, por meio do acolhimento, da responsabilização e da criação do vínculo⁽¹⁹⁸⁾.

Aqui não temos a intenção de nos aprofundarmos nos temas, apenas descrevê-los e observar as necessidades dos profissionais da ESF. Desse modo, seguem algumas destas “tecnologias” denominas por Merhy de “leves”.

Vínculo

De acordo com Campos⁽²¹⁸⁾, podemos definir vínculo como a “circulação do afeto entre as pessoas”, que é “resultando da disposição de acolher, de uns, e da decisão de buscar apoio, de outros”. A noção de vínculo está atrelada a outros conceitos, como o da continuidade, responsabilização, acolhimento e acessibilidade. Vínculo que se constrói a partir da necessidade de quem demanda atendimento e de um outro que possa atendê-lo, ouvi-lo. Está atrelado também a outros conceitos e noções, como do afeto, da responsabilização, da continuidade.

A Visita Domiciliar nos possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre o cliente e os profissionais.

O trabalho desenvolvido pelas equipes de Saúde da família deve ser de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculo e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica⁽⁶⁰⁾.

A fala do profissional procurando estabelecer um diálogo com a usuária provou mudança no rumo do relacionamento.

AC5⁶ Às vezes, quando eu estou conversando com ela, eu vejo que ela finge se distrair, aí eu pergunto se ela quer que eu vá embora agora, e ela fala que não, que é para ficar mais. Aí eu falo “então você conversa comigo direito, porque se não eu vou ficar aqui conversando sem você dizer nada?”. Aí ela conversa normalmente. Eu já estou em contato com ela já faz uns 5 anos, e antigamente foi um contato bem demorado, foi uma conquista devagar.

Pela forma da abordagem do profissional, percebemos a mudança no comportamento da usuária e isso só é possível quando existe vínculo e uma relação de confiança entre ambas.

A comunicação com o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo, o estabelecimento de vínculo e laços de confiança; portanto, maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica⁽²¹⁹⁾.

O discurso que segue demonstra que oferecer apoio de outros profissionais auxilia na criação de confiança entre o usuário e a equipe.

AC5⁷ Quando eu sabia que infeccionava, eu levava o médico e fazia de tudo. E, às vezes, quando eu não podia levar o médico, eu pedia para ver, só que eu não perguntava como que tinha sido. Aí eu falava pra ela “você está machucada e eu estou precisando ver se o seu ferimento está precisando de cuidados”, ela me mostrava e eu também não perguntava como que tinha sido, eu sabia pela mãe, porque a mãe me contava antes. E assim foi criando um vínculo de confiança

A ação do profissional solicitando apoio de outros profissionais, possibilitou o preenchimento de espaços para outras abordagens e escutas, gerando confiança no usuário e abrindo espaços para a conquista deste vínculo que também, promove integração com a equipe.

O trabalho realizado entre os profissionais da equipes possibilita a criação de vínculos, também, entre os profissionais criando um processo de humanização que mobiliza recursos coletivos, criando mais ferramentas e instrumentos para o trabalho em saúde mental⁽¹⁶²⁾.

Nas falas a seguir, os profissionais relatam as aproximações com os usuários, ou detalham formas de como conseguir construir confiança.

AC6⁴ *Mas, várias vezes de casos onde o problema esta começando a ser identificado, dificilmente abrem a porta para nós. Só os casos mais conhecidos onde existe a vários anos problema.*

AC8⁸ *Ela gosta muito que a gente vá conversar, isso já ajuda muito, não conseguimos trazê-la para nenhum dos grupos, mas só o fato de a gente ir lá e conversar com ela, a gente fica uma hora quando vamos lá.*

E1¹⁶ *Uma pessoa que tem, por exemplo, hipertensão e diabetes, que eu vou lá e digo que tem o grupo tal, ou ele vem, ou ele não vem. Já um paciente que tem doença mental não. Eu tenho que estar explicando que o grupo é assim, assado, então, eu tenho que detalhar mais a coisa para poder chegar nele e conquistar o seu respeito e sua confiança. Só a partir da confiança dele em mim é que ele vai começar a participar. Eu vejo dessa forma, que eu tenho que ir mais lento, mais devagar com eles para conseguir atingi-los.*

M2¹⁶ *Buscando a confiabilidade dele primeiro, conversando, passando para ele que eu quero ser um companheiro amigo e que queira ajudar ele naquele momento. Nós buscamos essa parte de companheirismo.*

M2²⁰ *Então, através disso, você tem como chegar próximo ao paciente, ganhar a confiança da família, e tentar orientar.*

AC2⁴ *Ai chego lá, converso com ele, sento discuto, ele não é muito de conversa, ele responde sim ou não.*

AC4¹ *[...]eu consegui conversar com ele. Então, eu senti que, a partir dali, foi aumentando o vínculo com ele. Ele percebeu que ele podia ter confiança em mim. A maneira como nós conversávamos. Então, eu passei a conhecê-lo melhor, a saber a medicação que ele estava tomando, se eu podia ajudá-lo em alguma coisa.*

AC6⁴ *Mas, várias vezes de casos onde o problema esta começando a ser identificado, dificilmente abrem a porta para nós. Só os casos mais conhecidos onde existe a vários anos o problema.*

AC8²⁰ *[...] quando criamos um vínculo, assim é muito mais fácil de lidar com eles.*

As tentativas de aproximação ou mesmo de possibilitá-la, para a confiança não são claras, pois os vínculos terapeuticos são precários^(198,220). Sensibilizar as equipes de saúde da família para a compreensão dos pontos de vulnerabilidade que possam provocar uma quebra ou má qualidade dos

vínculos familiares e sociais são fatores importantes para compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais envolvidas.

A produção do cuidado em saúde pressupõe que, no momento do encontro entre usuário e profissional, este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário assim como do território onde está inserido o sujeito.

Corroboramos com Ribeiro C, Ribeiro L e Oliveira⁽²²⁰⁾, que é necessário garantir a interação “com as redes familiares e sociais dos usuários, a construção de vínculos comunitários e facilitar as intervenções assistenciais em sua complexidade biopsicossocial.” E ainda, que a localização geográfica permite o acesso e a” formação de parcerias que facilitam o atendimento, uma vez que a assistência deve se realizar no âmbito familiar e socioambiental.

Apesar de alguns profissionais obterem confiança e conquista de vínculo, mesmo que de forma precária, se faz necessário a superação desse modelo centrado apenas no indivíduo, ou na doença, sem explorar as possibilidades e recursos que o território pode oferecer, abrindo espaço para a inclusão social desses sujeitos.

Dessa forma, o fortalecimento de vínculo comunitário deve gerar instrumentos de fortalecimento de vínculo com o usuário e com todo o sistema de atendimento público; assim, a ESF proporcionará um ambiente gerador de saúde e provocará a quebra no modelo de assistência baseado nas queixas/demandas, ainda hegemônico hoje.

O compromisso do profissional com a atividade desenvolvida, a sua vinculação com a comunidade onde usuário se insere, com os problemas, limitações e características próprias, somadas à sua formação profissional e à sua afinidade com esse tipo de trabalho comporiam o cenário ideal para uma condução de atividade grupo educativa que seja atraente e, conseqüentemente, possa criar vínculos de maneira efetiva.

Escuta

Para o Ministério da Saúde, a “escuta refere-se à apreensão e compreensão de sentidos, expectativas, ou seja, permite ouvir por meio das palavras, dos silêncios, dos gestos, das expressões, das condutas e das posturas”⁽¹⁶²⁾.

Ainda, que a capacidade de escuta (do outro e de si mesmo) refere-se a lidar com condutas automatizadas de forma crítica, lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família, a comunidade, entre outras pessoas e grupos sociais⁽¹⁶²⁾.

No entanto, o discurso dos profissionais está voltado ao biológico, que procura investigar através dos sinais e sintomas de uma doença a ser medicada.

M1² *Eu consultei normalmente. Colhi os dados gerais dele (nome, bairro, escolaridade), colhi a história dele, que era um menino que tinha atraso escolar, que tinha uns comportamentos inadequados em casa, já tinha cortado o sofá com uma lâmina, tinha batido no irmão por causa de uma coisa fútil, tinha pulado na frente de um ônibus para pegar o celular dele que tinha caído na rua.*

Observamos que escutar o usuário parece uma missão bastante difícil para os profissionais de saúde, que estão habituados a olhar para a doença e os sintomas, e não para a pessoa que está doente. Desse modo, é somente com a valorização dos aspectos subjetivos na relação profissional-usuário, que poderemos transpor esses obstáculos.

A cada encontro com do profissional com o usuário, acontece a produção de subjetividade. Assim, o usuário é considerado co-produtor da sua saúde e da saúde da coletividade. Para isso acontecer, é importante que o profissional abra mão de sua onipotência, quanto ao saber e supremacia da técnica, e possibilite uma relação que vise a um compartilhamento de responsabilidades. O usuário passa da condição de objeto para o status de ator⁽¹⁵³⁾.

Contraditoriamente, o mesmo profissional modifica o seu discurso em relação à escuta, desta vez, a fala vem de forma a passar segurança ao

paciente e escutar quais são as suas necessidades.

M2¹¹ *Se a segurança que nós passamos, se no momento você consegue também escutar, que é preciso também escutar no acolhimento dessa paciente, escutá-la quais são suas dificuldades.*

Nesse momento do encontro entre usuário e profissional, nessa produção do cuidado em saúde, pressupõe que este desvele as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura por parte do profissional para inclinar-se à escuta qualificada. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo, o estabelecimento de vínculo e de laços de confiança; portanto, maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica⁽²¹⁹⁾.

Os profissionais da ESF, pelas falas, demonstraram que ouvir conforta, e é terapêutico para o usuário que atravessa um momento de entrega, de desabafo a alguém que se dispõe a ouvi-lo, pois, uma das usuárias, à medida que encontrava espaço de escuta, passava a nomear e dar sentido a cada dor e angústia sentida.

AE2⁷ *A menina me procurava todo dia mais ou menos meio-dia, e falava tudo o que ela tinha comido no dia anterior e naquele dia. O engraçado é que você acaba vendo é que essa pessoa precisa mais é de atenção*

AC8¹⁰ *Acho que não conseguimos muita coisa, mas só de estarmos ali ouvindo ela, porque é o que notei que eles gostam. E a gente não ouve eles por 10 minutinhos, ouvimos tudo o que eles tem para dizer. Ficamos lá o tempo que ela precisa para desabafar*

E2¹⁴ *Tem dia que eu não consigo orientar nada, porque eu fico lá 1 hora, 2 horas e aí eu não consigo "abrir a boca", porque a hora que eu vou tentar perguntar alguma coisa, vem outra coisa, vem outra coisa, e aí eu falei assim: "Será que eu fiz o certo?", mas aí no final você chega e fala assim: "Eu acho que eu precisava só ouvir mesmo porque não ia adiantar eu falar nada. Porque ela não ia fazer nada, não ia me ouvir na verdade, porque ela não estava focada naquilo."*

Os entrevistados utilizaram a palavra “ouvir” e não “escuta” e existe uma diferença entre elas; ambas são reconhecidas como ferramentas importantes para a assistência, sendo imprescindível reconhecer a distinção entre ouvir e escutar, pois, ouvir é, basicamente, um ato fisiológico e escutar requer uma disposição interna de acolher e buscar alcançar algum registro que viabilize algum campo de troca⁽²²¹⁾.

Portanto, fica claro que, na essência do discurso, mais que uma escuta, houve uma entrega do profissional da ESF a uma experiência concreta da vida do usuário.

Dessa forma, que essa tecnologia leve deve ser utilizada ao usuário, proporcionado-lhes o tempo necessário para promover uma escuta de seus desejos, demandas e necessidades em saúde, o que faz com experimentem o seu sofrimento, seja ele de qualquer tipo de dor⁽²¹⁹⁾.

Sobre este aspecto, Amarante⁽³⁴⁾ chama a atenção quanto à diminuição do uso de recursos estratégico que proporcionem uma melhor escuta e cuidado visando ao fortalecimento dos laços.

A fala do profissional está relacionada às queixas do paciente; é propiciada por uma escuta ampliada em que tenta relacionar com o contexto familiar e o ambiente onde mora.

E2⁵ O meu atendimento, eu enquanto enfermagem, diante da procura, vou descrever em questão de unidade, diante do paciente que procura a unidade com a queixa, é propiciar: escuta qualificada, tentar diante dessa escuta e desse relato, eu enquanto enfermeira da ESF, se for da minha área que eu já tenho um conhecimento de PSF, de estrutura familiar, tentar relacionar a queixa com aquilo que eu vi na visita domiciliar, ver se alguma coisa está relacionada com isso.

O fragmento do discurso acima demonstra que a escuta é entendida como uma das estratégias para aplicação da integralidade e diz respeito à articulação dos equipamentos de atenção à saúde em REDE, decorrente da escuta integral e humanizada dos sujeitos, em consonância com os princípios do SUS.

A forma de escuta apresentada prioriza o diálogo com a população, ampliando a escuta para o território mais vasto, saindo das linhas de ação apenas empreendidas pelos trabalhadores especializados.

Os trabalhos das equipes do NASF proporcionam apoio às equipes de SF, o suporte da gestão e a possibilidade de um espaço de escuta das queixas e das sugestões das equipes; isso é fundamental para estimular a integração, sedimentar a implantação do apoio matricial e avaliar continuamente o processo para o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de novas estratégias⁽¹⁶²⁾.

Dessa forma, os discursos dos profissionais demonstram que, com rara

exceção, os profissionais ainda não realizam uma escuta que visualize o macro, ou seja, uma visão ampliada, que siga os princípios do SUS.

Acolhimento

O acolhimento significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir⁽²²²⁾. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

O acolhimento para Silveira (p. 47)⁽¹⁵³⁾:

[...] não se trata meramente de um mecanismo de humanização do atendimento na atenção básica, mas caracteriza-se, sobretudo por ser uma estratégia que utiliza os elementos presentes no processo de subjetivação dos sujeitos como recursos auxiliares na co-produção da saúde.

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança, no processo de trabalho e gestão dos serviços, é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde⁽¹²⁷⁾.

O exercício cotidiano do trabalho das equipes de Saúde da Família envolve o desenvolvimento de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento e vínculo bem como de corresponsabilidade no cuidado interdisciplinar com o NASF, pautando-se nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, com base no território⁽¹⁶²⁾

Nesse território onde está inserida a equipe da Saúde da Família, a análise dos discursos dos profissionais, indicou que realizam o acolhimento na UBS; relataram **ouvir** os pacientes para averiguar se seguem o tratamento:

AE1¹⁷ *A Enfermeira, então, fica em uma salinha somente ela e a pessoa. Essa pessoa começa a conversar com a gente e começa a chorar.*

AC5¹⁸ *A mãe, quando vem na UBS, nós acolhemos muito bem porque nós sabemos da carga que ela tem que carregar.*

AC8¹⁸ *Ficaram em crise, começaram a chorar, tivemos que trazer aqui para o posto porque no momento não se sentiu bem. Quando isso acontece, sempre trazemos para cá, para passar para enfermeira, mas, muitas vezes, é só conversar, que resolve.*

E2² *Quando você pega casos de pacientes que não tem como "se virar sozinho", então eu tento relacionar um pouquinho de família e essas coisas. Nós trabalhamos na unidade com a questão do acolhimento.*

E2³ *Sentar, ouvir, eu acho que a escuta qualificada é muito importante, você se mostrar enfática para poder dar espaço para a pessoa falar, e mesmo assim, muitas vezes, nós pegamos casos que, aparentemente, vêm com a queixa física e aí você dá um espaço maior com essa questão de você acolher, de ouvir.*

M2²² *É acolher esse paciente e determinar ou averiguar se ele está seguindo esse tratamento, é direcionar o paciente na verdade, o acolhimento, o direcionamento e a profilaxia é o que é abordado na saúde da família, tanto para a família quanto para o paciente.*

O acolhimento oferecido pelos profissionais no momento de crise foi de isolar o paciente, de acalmá-lo e de ouvi-lo. Com exceção da última frase temática, que segue um modelo biológico centrado na busca da doença, expressando a contradição dos sujeitos das equipes.

Num outro grupo de profissionais entrevistados, apontaram que o exercício das práticas se dava pela busca da receita ou por uma consulta.

AC3¹ *[...] tem um rapaz da minha área que ele vem, me vê ali na sala, vai entrando com a receita na mão para ver se eu arranjo o remédio para ele. Ele sabe que existe o grupo, mas ele não tem paciência para ficar. E eu entendo, eu compreendo, para ele é realmente difícil, geralmente esses pacientes que possuem esses problemas, é difícil para eles ficarem ali no grupo, esperando a vez dele. Então, aí eu pego a receita, peço para a enfermeira fazer, às vezes vou na casa dele, ou falo para ele vir amanhã pegar na nossa farmácia*

AC8¹⁴ *Mas damos aquele jeitinho, passamos para enfermeira, o próprio ACS conversa com o médico que faz a receita e resolve o caso.*

E2¹³ *Eu não sei se é o certo porque estou passando na frente de todo o mundo, mas na hora eu acho que é o mais viável. Tem dias que você está num caso mais urgente eu deixo sentadinha "Ó, você me aguarda 5 ou 10 minutinhos e assim que eu terminar esse atendimento eu vou."*

E1¹ *[...] tem uma paciente que quando ela não está internada, ela vem de manhã, à tarde, se abrisse à noite ela viria também. Ela vem e não tem muita paciência de ficar esperando, ela questiona na porta se vai demorar ou não, daí, nós procuramos estar atendendo ela primeiro, resolvendo o problema dela.*

E2¹² *Uma das pacientes conversa muito comigo mas ela me procura muito na unidade, aí ela tem uma ansia muito grande de contar e perguntar, então, assim, na*

unidade, é daquela que chega na porta e eu estou com uma cestinha com 20, 30 pacientes, mas ela chega na porta e eu sei que se eu não parar o que estou fazendo para ouvi-la, não vai dar certo, não vou conseguir fazer mais nada porque ela vai ficar ali esperando eu ouvir. Aí, eu largo o que estou fazendo e vou ouvir ela para tentar resolver.

Observamos que um dos profissionais tem dúvida e não sabe por que faz. A demanda espontânea que ocorre nos serviços de saúde, na maioria das vezes, decorre pela procura de consultas médicas, medicamentos e exames, mas, essa é apenas uma forma de a população responder à oferta culturalmente construída pelo próprio serviço. Ao longo do tempo, a população foi aprendendo a solicitar assistência por meio desses três recursos. É somente por meio de uma escuta interessada que se pode chegar às verdadeiras necessidades da população⁽¹⁶⁷⁾.

Dessa forma, os usuários vêm em busca do alívio imediato de suas queixas e os sintomas, em busca do remédio para a cura e o profissional alimenta esta demanda. E, assim, como já discutido, os instrumentos de intervenção que demandam mais tempo, ficam para um segundo plano, pois é mais importante diminuir a fila.

O profissional deverá ter a sensibilidade e a disposição de acolher e auxiliar o usuário, para decifrar as suas necessidades. Muitas dessas necessidades podem ser traduzidas em falta de um vínculo efetivo ou afetivo nas relações, ou, também, falta de autonomia para lidar com a própria vida, ou, ainda, dificuldades de condições de vida, o que muito bem pode ser compreendido dentro do campo da saúde mental⁽²²³⁾.

Observamos que não existe um espaço específico para colocar esses usuários, sendo que, se eles não atendem imediatamente o paciente, fica em pé na porta do consultório, aguardando a resolução de seu problema.

Assim, necessita-se de um espaço “acolhedor” para oferecer atendimento num momento de conflito, “temos que desenvolver uma tecnologia de cuidados que considere um compromisso ético de acolher e cuidar de pessoas culturalmente desinseridas, socialmente abominadas”⁽²⁰⁰⁾.

Observamos que acolhimento existe por parte de alguns profissionais, entretanto, para se pensar num acolhimento eficiente, devemos nos pautar nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade bem como no trabalho interdisciplinar. E, ainda, renovar nossas práticas e saberes, não

somente os técnicos, pois estes devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, no qual os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos.

Instrumentos/grupos – caminhada ginástica artesanato

Os grupos são atividades realizadas diariamente com a população em geral. Portanto, não existe um grupo que seja específico para as pessoas com doenças mentais, na unidade estudada.

As atividades propostas aos portadores de doença mental têm por finalidade a sociabilidade, para se estabelecer trocas com novos contratos sociais, em busca da reabilitação dos fracos no mundo dos fortes⁽¹³⁰⁾.

No território estudado, temos grande quantidade de pacientes com distúrbios graves e incapacitantes, entretanto também existem os casos menos graves e menos incapacitantes, por exemplo como de algumas depressões e que são sempre convidados pelos profissionais da ESF para participarem das atividades que a UBS oferecem.

Nos discursos dos informantes, surgem várias atividades que são supervisionadas pelos ACS, psicólogas, assistente social e enfermeira.

AE1¹⁹ [...] temos o grupo de mulheres agora. A Enfermeira. implantou esse grupo que é uma maravilha, a demanda é de, aproximadamente, 30 a 35 pessoas quando acontece. E lá elas extravasam, falam sobre a família, os filhos.

AE1²⁰ [...] agora a paciente está participando [grupo de mulheres], temos psicólogos, assistentes sociais. E está sendo bom, pois estamos realizando esse trabalho com todos esses profissionais. E lá, você dá o tema e elas falam o que estão sentindo.

AE1²² Através desse caminho acreditamos estar sendo positivo. A participação nesses grupos das mulheres e do artesanato, temos atividades físicas também, algumas vão para atividades físicas. Mas tudo começa com o clínico geral.

AE1²⁶ Tem o grupo de artesanato que eu não participo. Só um agente de saúde, juntamente com a psicóloga, quando ela não tem curso, ela vai. Ela que ampliou, coordenou todo esse grupo. É um agente de saúde cada equipe. Fazem trabalho de pintura e de crochê. Também tem as mulheres que já sabem e ensinam as outras que estão chegando. Lindo! Sentem-se bem, riem, sabem é uma comunhão com as mulheres, e outra coisa importante, tudo que elas fazem, vendem na feirinha aqui na

frente.

AC1¹⁹ *E a mãe dela participa, ela vem na caminhada e participa dos grupos, vem aqui na ATI (Academia da Terceira Idade), no grupo de caminhada, de ginástica. A mãe dessa pessoa é bem participativa. A gente faz atividade nessa ATI, tem grupo de segunda, quarta e sexta, 7 horas da manhã. Tem caminhada depois ginástica. A mãe também participa do grupo de artesanato, não o doente. A mãe participando já é meio caminho andado porque não vai estressar tanto a mãe, né? porque se ela ficar dentro de casa 24 horas por dia ela vai se estressar e não vai ter nem força para cuidar do resto da família.*

AC1²⁰ *No nosso grupo, só de mulheres, e elas desabafam, falam do marido, do cachorro, do gato. Então, é muito bom, elas saem de lá bem leve. Elas chegam lá e elas se abrem, conversam, falam tudo que tem para falar, e é legal, e elas participam. O último grupo que teve, tinha 32 mulheres, elas são bem participativas. Inclusive essa uma, que tem problemas na família, é bem participativa.*

AC5¹⁴ *Existem outras ações que realizamos, mas com estas pacientes que contei não, pois eu tenho esse grupo de caminhada lá em cima, para facilitar o pessoal que mora lá em cima, aqui em baixo nós temos outro grupo. E o meu pessoal lá, eu tenho pessoas com diabetes, sequelados de AVC, pessoa que usa marca-passo, pessoas idosas, doente mental.*

AC5¹⁵ [...] *temos a reunião da saúde da mulher, que é mensal, que a equipe se envolve. Nós convidamos essas pessoas para estarmos conosco e lá agente faz uma reunião entre elas, sempre discutindo sobre a saúde, de como prevenir, de um conhecimento de certas doenças para que elas tenham informações.*

AC6⁵ *Teve uma época que ele vinha no grupo de artesanato, mas ele não vem com fixo. Vem vez ou outra.*

AC7³¹ [...] *a gente não pode entrar no grupo e pensar que irá emagrecer, mas o objetivo principal é ver a saúde como um todo, como elevado grau de triglicéris, diabetes, hipertensão. Então, a gente não precisa falar, que vai para a ginástica para perder peso, pois nem sempre você vai atingir o objetivo.*

AC7³³ [...] *planejamos com elas, passeio, festinha, também é um jeito dessa mulherada sair de casa, não conhecem um parque, uma chácara, uma comida diferente, tentamos mostrar essa outra realidade. É o que a gente pode e tenta fazer de todo o coração e torcemos para que ela também abrace a causa*

E1³² *Nós temos um grupo de caminhada e ginástica também. Então, nós levamos para os grupos de caminhada e ginástica também, porque no nosso planejamento anual, nós nos propomos a fazer pelo menos uma atividade recreativa, vamos dizer assim, todo mês com o pessoal, com o grupo de artesanato, mas abrindo também para a população geral.*

AC7³⁴ [...] *tem o artesanato também, eu conheço mulheres que estão fazendo coisas maravilhosas lá. E elas ficam muito felizes, dizem com orgulho que aprendeu ali no programa. Para nós é uma vitória, eu sou agente de saúde, não tenho dom nenhum para fazer crochê, mas tem mulher que entra ali, em uma semana você, vê coisas maravilhosas que elas expõem. Uma ou duas vezes no ano elas vendem, o que elas*

vendem, vão guardando e montando uma caixinha para programar passeios.

AC8¹⁷ A gente tem também pessoas que não sabiam nada e hoje vendem o artesanato

E1³³ Aí o mês passado, como era o mês da mulher, nós fizemos uma atividade voltada para as mulheres, era uma atividade grande onde nós oferecemos maquiagem de pele, arrumar o cabelo delas, teve apresentações culturais do pessoal daqui da unidade, teve apresentação também do povo da comunidade, de grupos da comunidade. Nós fizemos um grande evento, e teve participação de mais de 100 mulheres neste dia, e tinha portadoras de transtorno também, misturou tudo.

AE1²³ Está sendo positivo, queremos que isso seja mais e mais utilizado. Nós começamos esse grupo em uma casa de uma usuária, e a demanda foi grande, e nem todas casinha tinham uma área. O que nós fizemos? Pedimos um apoio, a igreja deu apoio, instituições da igreja evangélica que é próxima da comunidade.

AC5⁸ [...] conseguiu conversando com ela que ela teria que caminhar, porque ela ganhou muito peso e agente vê que ela lida muito com esse trauma do peso, que ela se acha muito feia, que ela está muito gorda. Aí, ela foi fazer uma caminhada com a vizinha, aí a vizinha disse que ela começou a conversar com outra pessoa.

AC7¹⁹ [...] conversando com ele, consegui com que ele viesse nos grupos que fazemos, é difícil porque ele não quer esperar, ele chega e já fala que tem que ir embora porque tem compromisso, mas eu peço para ele sentar, mesmo ele dizendo que não pode esperar, eu consigo fazer. Aí ele pega a receita dele e vai para casa.

E1²¹ As filhas não participam dos grupos, mas a outra filha está saindo mais. Ela está indo no grupo de hiperdia.

AC7²³ Você chega lá e ele está muito nervoso. Agora ele está fazendo um tratamento para parar de fumar, agora temos um grupo para parar de fumar. Ele frequenta esse grupo, esses dias eu estive lá e ele me procurou para ensinar ele a responder a cartilha do tabagismo, sentei com ele, ensinei, e ele está firme, vamos ver se ele leva até o final.

As atividades oferecidas pela UBS e desenvolvidas pelos profissionais da ESF são: grupo de mulheres, grupo de artesanato, grupo de caminhada, grupo de ginástica, grupo de hipertensos/diabético/doentes mentais, grupo de tabagismo, passeios e festas de confraternização. Nesses grupos, há sempre a participação de doentes mentais.

Em estudo realizado por Vecchia e Martins⁽²¹³⁾, observaram que as ações relacionadas ao cuidado em saúde mental vinham sendo realizadas na unidade: grupo de artesanato, grupo de alcoolistas, acompanhamento terapêutico com portadores de depressão, grupo de caminhada.

Os atendimentos psicoterápicos grupais possibilitam ao usuário a

aquisição de recursos emocionais para enfrentarem o cotidiano, o que parece aproximá-los de uma vida social mais ativa, conforme expresso a seguir.

Os grupos têm atividades variadas; no grupo de passeio, eles realizam viagens ou mesmo passeio na cidade. No grupo de tabagismo, há encontros, reuniões que levam a auto-estima dos tabagistas. O grupo dos hipertensos/diabético/doentes mentais este já foi amplamente relatado na subcategoria medicalização. O grupo de artesanato é um grupo que gera renda aos participantes através da venda do produto em uma feirinha. E há o grupo de mulheres.

No grupo de mulheres, esse grupo possibilita uma interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo um espaço de troca de conhecimento e de experiências. O grupo é livre e escolhe o tema ser abordado. Também tem uma palestra, cujo assunto a enfermeira escolhe o junto com eles.

Os participantes dos grupos compartilham as situações vivenciadas entre os usuários assim como os profissionais têm a oportunidade de orientar e esclarecer o familiar quanto às situações da vida cotidiana, destacando o dispositivo grupal como “estratégia privilegiada por sua capacidade diferenciadora, intercessora nos processos contemporâneos individualizados de experimentação da subjetividade⁽²²⁴⁾.

Dall’Agnol e Cianpone⁽²²⁵⁾ referem que a convivência no grupo possibilita a inclusão, valorização e identificação nas experiências coletivas dos problemas de saúde. Além disso, pode favorecer a escuta e, à medida que se dispõe de vários olhares acerca de uma mesma problemática, a capacidade resolutive mutuamente se reforça

As atividades dos grupos possibilitam ampliar seus vínculos sociais com sua participação na sociedade, com autonomia e reconhecimento de um cidadão.

A Reforma Psiquiátrica vêm diminuindo a população dos hospitais psiquiátricos e provocando um crescimento dos direitos dos doentes mentais, assim como a tolerância ou diminuição do estigma aos pacientes que hoje buscam os serviços de saúde pública para o seu atendimento.

Desse modo as UBS vêm desenvolvendo atividades através dos profissionais que dão entretenimento aos pacientes seguindo os princípios que

Saraceno⁽¹³⁰⁾ propõe para reabilitação, onde a assistência destinada a diminuir as deficiências e danos provocados pela doença destes, aumentando assim as suas habilidades. Estes princípios têm como ponto de partida a terminológica proposta pela Organização Mundial da Saúde, que segue: “

Doença ou Distúrbio (condição física ou mental percebida como desvio do estado de saúde normal e descrita em termos de sintomas e sinais); Dano ou Hipofunção (dano orgânico e/ou funcional a cargo de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica); Desabilitação (*disabilitá*, limitação ou perda de capacidades operativas produzidas por hipofunções); Deficiência (desvantagem, consequência de uma hipofunção e/ou desabilitação que limita ou impede o desempenho do sujeito ou das capacidades de qualquer sujeito)⁽¹³⁰⁾.

Com a inserção do NASF, na Atenção Básica, é possível que novas tecnologias venham a surgir na sociedade.

Necessidade de Capacitação

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em que foi escrita a Carta de Ottawa⁽²²⁶⁾ conceitua a Promoção da Saúde "como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo". Ela define cinco pontos básicos de ações interdependentes para a consecução dos seus objetivos: 1) desenvolvimento de políticas saudáveis organizadas pelo setor público; 2) reforço à ação comunitária; 3) desenvolvimento de habilidades pessoais; 4) preocupação com o meio ambiente; 5) reorientação dos serviços de saúde.

A Organização Mundial da Saúde estabelece como prioridade a capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica no sentido da modificação das condutas terapêuticas, que visem antecipar a detecção dos casos, interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento,

condutas essas que incluem, na sua metodologia, a abordagem dos determinantes dos transtornos mentais (pobreza, sexo, idade, conflitos e desastres, doenças físicas graves, fatores familiares e ambientais). As equipes da atenção básica devem estar habilitadas para assumir o tratamento dos transtornos mentais mais comuns (quadros depressivos e ansiosos, somatização, abuso de substâncias)^(227,228).

A capacitação dos profissionais têm se tornado pré-requisito necessário na atualidade, pois o mercado cada dia mais competitivo e também, a transição paradigmática porque passa a saúde, especialmente a saúde mental, provoca nos trabalhadores a necessidade de buscar novos conhecimentos para que possam compreender e apropriar-se do seu processo de trabalho.

Nas falas dos nossos entrevistados encontramos temas referentes à capacitação por meio de cursos, que lhes são oferecidos e que avaliam não acrescentar conhecimento.

E1³⁶ [...]temos encontros na secretaria de saúde que eu não chamaria de treinamento, seriam encontros mesmo sobre saúde mental que, ao meu ver, não me acrescenta muita coisa, não. Não sei se para meus colegas pode acrescentar alguma coisa, mas eu não vejo que acrescenta alguma coisa, não, porque sempre batem na mesma tecla e eu não vejo avanços.

AE1⁹ Eu me sinto uma pessoa nada capacitada de estar tendo mais dados como a universidade ajudando e apoiando.

AE2²⁸ Foi bom, mas acho que precisamos mais (curso de saúde mental). Sinceramente, acredito que existe uma deficiência aí. Acho que precisa de mais interesse nosso mesmo, mas acho que deveria ter mais.

Atender essa demanda de capacitação dos profissionais da atenção básica exigiria uma atuação em duas dimensões do modelo, propostas por Amarante⁽³⁴⁾, a dimensão técnico-assistencial e a dimensão epistemológica, com vias a alcançar o campo sócio-cultural mais vasto.

Nunes, Jucá e Valentim⁽¹⁸⁵⁾, em pesquisa, descobriram que muitas são as razões apontadas para a não inclusão da saúde mental enquanto campo de atuação nas equipes de Saúde da Família, estudadas entre elas o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF; a falta de condições para o atendimento desses casos na ESF, o que inclui a inexistência de medicações

psiquiátricas para fornecer aos pacientes; a não identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas, entre outros.

Foi possível em quase todos discursos, extrair frases referem a necessidade de capacitação para si; somente dois entrevistados acreditam que a capacitação deve ser para os ACS.

AE2²⁶ *Sim. Faz bastante tempo. Mas foi assim um curso (Saúde mental) interessante, não chegou a ser um curso, uma palestra de meio período. Interessante, pois você acaba vendo coisas que você vê.*

AC6⁶ *Poderia ter um treinamento, uma capacitação para isso também.*

E2²⁰ [...] *eu já fiz um que trabalho com álcool e outras drogas também, que eu me inscrevi e fiz a capacitação também.*

M2¹⁹ *Então, o que ela (universidade) pode ofertar? Tanto a mão-de-obra que são os profissionais e fazer a reciclagem continuamente com esses profissionais para que eles façam atualizações periodicamente, ou a cada 6 meses, ou uma vez por ano, para que eles estejam sempre se atualizando.*

M1¹⁸ *O principal seria, talvez, trabalhar na formação das ACS porque... pega por exemplo a equipe, tem lá não sei quantas pessoas e tem um médico, que faz uma atividade com o PSF de manhã e atende à tarde, então, o enfermeiro que corre de um lado para o outro o dia inteiro.*

M1¹⁹ *E de fato quem tem tempo para ter contato mais constante com as famílias, com as pessoas, são as ACS. Então, eu acho que a formação delas é essencial.*

M1²¹ *Então, eu acho que seria investir na formação das ACS.*

AE2³¹ *As capacitações, os treinamentos para nós seria muito bom, pois precisamos demais, porque existe uma certa deficiência no nosso aprendizado. Parece que a secretaria não foca muito neste assunto.*

E1¹³ *Antes eu tinha receio dos pacientes, mas depois que eu fiz um curso com o ministério da saúde sobre álcool e drogas que fala também dos psicotrópicos, então entrou nesse meio que fala dos doentes mentais, aí eu comecei a ver com outros olhos.*

AE1²⁸ *Principalmente capacitando, para não ter medo, saber o que fazer e não ficarmos andando em círculo, é o que a gente necessita hoje.*

AE1¹⁴ [...] *a gente não sente um profissional completo, só apoiando, sem resolubilidade completa, pois depende da equipe e o sistema como um todo não está preparado, se não estaríamos com capacitação para poder ajudar, um, dois anos passam e a história continua a mesma, eu me sinto assim.*

AC3⁵ *A universidade eu não sei. De repente, até dando capacitação.*

E1⁴¹ [...] *participando mais, oferecendo treinamentos para porque nós estamos aqui e de repente eles de fora consigam enxergar alguma coisa que nós daqui de dentro não conseguimos ver, e eles também estão estudando, então, às vezes, eles estão mais atualizados que nós.*

Os discursos solicitam capacitação ou treinamento na área de saúde mental e, assim, confirmam os achados encontrados na vasta bibliografia encontrada na literatura, recomendando capacitação ou treinamento nas equipes de ESF, na área de saúde mental^(143,166,229).

Rede

O locus onde se dá o processo de trabalho, apesar de não se constituir como elemento do trabalho, é fundamental como contexto para avaliar as condições deste processo.

A construção de uma rede de atenção psicossocial de base territorial exige maior participação do nível municipal de forma a responsabilizar-se pela condução dessas ações, ao mesmo tempo, em que, no nível federal, as políticas de Saúde Mental devem ser fortalecidas.

A reestruturação da assistência psiquiátrica provocou mudanças que possibilitaram que o doente mental permanecesse em casa com a família, mas, para que este convívio seja saudável e positivo, é preciso que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer um acompanhamento contínuo de cuidados⁽³⁴⁾.

O cuidado ao doente mental exige novas reformulações; a sugestão é que seja articulada uma Rede de serviços especializados em saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para pacientes com história de transtorno mental grave, os ambulatorios de saúde mental nas unidades básicas, as emergências e os leitos psiquiátricos em hospital geral, os centros de convivência, as oficinas comunitárias, as residências terapêuticas para pacientes sem vínculos familiares ou sociais, as iniciativas de economia solidária e geração de renda em saúde mental são estratégias que visam

acolher e acompanhar as demandas dos usuários da rede de saúde no seu território. A implantação dessas estratégias depende da transformação da vontade, da política e da cultura^(228, 230). Essas transformações estão em curso, articuladas com a Política Nacional de Humanização – PNH, que propõe a inclusão dos sujeitos para a produção do comum, que deve ser orientado para a produção do acolhimento, da clínica ampliada, da cogestão, da valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários⁽²³¹⁾

Para tanto, é necessária uma rede de amparo ao doente mental, “sua família e as pessoas que entrarão em contato com ele” como também “espaços para o suporte durante a crise e a garantia das condições mínimas de sobrevivência aos que não têm nenhum outro centro de apoio”^(200,227).

O serviço adotará o território, como estratégia, para fortalecer a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento.

Para que a reabilitação psicossocial prospere, precisamos de um lugar comunitário, onde se estabeleçam as trocas de afetividade e de produção entre os usuários, familiares e comunidade. Para Saraceno:

As instituições formais da comunidade e as informais representam recursos potenciais de um serviço: da paróquia ao sindicato, das associações esportivas às agregações mais ou menos formalizadas dos cidadãos, a rede de lugares, recursos e oportunidades é infinita e infinitas são as articulações individuais serviço/paciente/comunidade, capazes de produzir sentido, contratualidade, bem-estar^(35,232).

A Atenção Primária à Saúde representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação, da participação comunitária e da competência cultural dos profissionais⁽²³¹⁾.

Assim, depois de estruturada a rede, é necessário uma capacitação dos profissionais, nem sempre os profissionais estão capacitados para a atuação

na ESF e, particularmente, para atuar na dimensão da saúde mental⁽²²⁸⁾.

Desta forma, para se concretizar esse modelo de assistência, faz-se necessidade investimento pelos gestores para concretizar rede de apoio eficiente, com a articulação e integração entre os serviços especializados e aqueles que compõem a rede básica de saúde no Brasil, a fim de se cumprirem tais princípios. Como exemplo, há o Projeto “De Volta Para Casa”, que prevê a reintegração social de portadores de transtornos mentais à vida familiar e comunitária, cujo desenvolvimento e sucesso dependerão desse investimento. Um exemplo a ser seguido é o de São Paulo, que pelo Censo psicossocial, levou de volta para casa ou para residências terapêuticas diversas portadores de transtornos⁽²⁴⁾.

“A parceria com a família se constitui em estratégias de mobilização e comprometimento para lidar com a loucura no território, proporcionando a potencialidade de trocas entre o serviço, usuário e sua rede social”⁽²³³⁾.

Como já relatado, o município, cenário deste estudo apresenta dificuldades na sua rede de saúde mental que possibilite a reabilitação psicossocial dos portadores de transtornos mentais.

Os discursos dos sujeitos entrevistados, denunciam a dificuldade para realização dos atendimentos necessários, pela precarização da rede, como segue:

AE2¹⁰ [...] *ela acabou perdendo a consulta, pois o psiquiatra não estava mais lá. O pessoal de lá acabou fazendo o primeiro atendimento, mandaram voltar ao posto de saúde de novo.*

AE2²⁰ *É complicado, acho que para poder ajudar melhor, teria que ter mais médico especialista, no caso médico psiquiatra. Na rede, pois são poucos. Para o tanto de gente que tem, é pouco.*

AE1¹¹ *E o psiquiatra está de férias, mas ninguém colocou alguém no lugar, parou o tratamento?*

O acesso à consulta com o médico psiquiatra é devido à falta do profissional na rede pública municipal da cidade, pois, neste período, havia apenas um psiquiatra atendo na rede do município.

Essas questões, ligadas à própria existência do indivíduo, não podem ser deixadas de lado pelo gestor de saúde local, para que o profissional de saúde atue coerentemente, com os princípios fundamentais e operacionais do

SUS (equidade, integralidade, universalidade, descentralização regionalização e participação). Permitir que o cuidado em saúde mental seja mais organizado, capaz de romper barreiras físicas para o fortalecimento, interação, e estabelecimento de uma rede de referência e contrareferência, tão necessárias nos serviços de saúde, é uma das prerrogativas que deveria ser observada no planejamento por parte dos gestores.

O discurso do profissional da ESF, a seguir, refere reuniões que trazem a idéia de matriciamento e denuncia, mais uma vez, que ele não recebeu qualquer treinamento na área de psiquiatria.

M1⁵ *E consegui levar o caso dele para uma reunião que nós temos aqui trimestral com psiquiatra, para discutir melhor o caso dele, adequar a conduta, junto com um psicólogo que a gente tem aqui.*

M1¹⁶ *A única coisa que eu participei de mais próximo de saúde mental foi essa reunião que a gente tem com psiquiatra, é uma reunião mensal, e cada mês não vai todo mundo, eu vou a cada três meses, estou para ir a segunda vez agora.*

A reunião com o psiquiatra, essa é uma boa proposta se trabalhando em rede, copartilhando os casos com o profissional especialista, mas, três meses é muito tempo para partilhar e trabalhar em REDE com o especialista.

Outra situação que surge nas falas dos entrevistados diz respeito às dificuldades de encaminhamento, mesmo um paciente grave, com risco de suicídio

E1⁹ *É uma situação que muitas vezes, a própria emergência não nos ajuda muito, porque assim, a emergência só vai buscar se o paciente estiver muito agressivo e tal. Se encaminhar antes de chegar nesse estágio, muitas das vezes você não consegue, porque você tem que entrar em contato com o médico, para estar passando o caso e o médico te responde se aceita ou não aceita.*

E1¹⁰ *Outro dia eu estava [Paciente] com uma suspeita de suicídio, liguei para passar para o médico para encaminhar e o médico [psiquiatra] disse que não, que era para passar no clínico que nos temos aqui porque eu não vou aceitar ele aqui.*

E1¹² *O paciente tem que estar em surto, tem que estar agressivo, tem que estar quebrando, né? porque se você notar que o paciente está em risco e vai entrar em um surto, eles não aceitam. Então, eu tenho que deixar o paciente entrar em surto para poder encaminhar para uma emergência psiquiátrica, que é a nossa referência. Então, eu me sinto impotente, me sinto sem saber o que fazer, muitas vezes, em um atendimento desses.*

Pela lógica do SUS e pela proposta de REDE exposta, os encaminhamentos devem se realizados somente quando necessários. Os encaminhamentos ocorrem devido à falta de capacitação dos profissionais da ESF, na área de saúde mental, aliado a isso também o estigma de que o louco é perigoso e incapaz. As equipes de apoio, como o NASF, esta funcionando e estão se organizando para atuação nessa área.

Contrariando a porta de entrada no sistema, o discurso abaixo refere que o usuário foi internado direto na emergência.

E1³⁸ *Às vezes, vai um paciente para lá internado, ou, às vezes, nem passou por nós e ficou lá o final de semana internado. O paciente sai, fica ali dois, três meses mandam uma contrareferência, que mal se consegue ler o nome do paciente que tava lá porque vem com uma letrinha que não dá. Até você adivinhar, é melhor ir a casa para ver o que aconteceu e perguntar, porque não te diz nada.*

Essa situação demonstra que o sistema de saúde está desestruturado, pelo menos, na área de saúde mental.

Pensamos ser possível organizar uma REDE na cidade que reabilite os portadores de transtorno mental. Utilizando o que existe, porém, demanda contratação de mais profissionais.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo teve como ponto de partida o pressuposto de que a equipe da ESF não prioriza as ações de saúde mental por insegurança - falta de conhecimentos e de apoio técnico/matricial, e por pré-conceito - seus conhecimentos são fundamentados no “senso comum”. Desse modo, buscando compreender como se desenvolve a atenção às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, na comunidade, o nosso objeto de pesquisa constituiu-se nas ações de saúde mental realizadas pelas equipes da ESF na comunidade.

Adotamos o Materialismo Histórico e Dialético como referencial teórico no caminho percorrido acerca da realidade complexa, marcado pela transitoriedade e pelo dinamismo real na sociedade. Buscamos compreender o processo histórico e social em toda sua dimensão, como também compreender as contradições, que permitiram o esclarecimento acerca do fenômeno investigado.

O desenho metodológico, utilizando as entrevistas dos profissionais da ESF e posterior análise dos discursos, resultou três categorias empíricas – o processo saúde doença mental, a família e o processo de trabalhos.

Da análise dos discursos, a primeira categoria empírica que surgiu foi o Processo Saúde Doença Mental, uma vez que os profissionais utilizavam-se do senso comum e de sua prática profissional para perceberem sinais e sintomas da doença mental, assim como para verificarem as características, o surgimento da doença e os efeitos colaterais provocados pelo uso de medicamentos. Apresentaram também preconceito e estigma da loucura, porém, detectamos que estes, estigma e medo do doente mental após visitarem um paciente, diminuíram sensivelmente. Outro destaque diz respeito à prescrição de receitas, pois estas eram repetidas indefinidamente e, na maioria das vezes, com a anulação do usuário, presente ou não na situação.

Desse modo, observamos que as práticas desses profissionais estavam baseadas no diagnóstico psiquiátrico, impregnado pelo modelo tradicional, em

busca de causas biológicas da doença mental e a cura por meio da intervenção medicamentosa. Atividade essa muito distante daquela que preconiza a Reforma Psiquiátrica nos seus princípios e muito semelhante às práticas do manicômio que se pretende extinguir com a rede de serviços de saúde mental.

Os discursos eram fundamentados no pensamento hegemônico da ideologia da psiquiatria tradicional, em constante contradição, uma vez que, ao mesmo tempo em que acreditavam que a equipe deveria estar em contato com o paciente, o medicamento era prescrito sem a sua presença.

O profissional da equipe reconhecia que o processo mecânico, a que vinha sendo submetido o paciente, não lhe trazia qualquer benefício; ao contrário, subjugava o conhecimento formal institucional, que justificaria a sua existência. Por perceber a impotência da equipe na relação estabelecida com o usuário, o profissional de saúde inferiorizava a sua concepção, valorizando o biológico e o individual em detrimento do grupo social.

A segunda categoria empírica que emergiu dos discursos foi a Família, sendo que os profissionais referiam sentirem impotentes de mãos atadas frente à complexidade encontrada, pois, a assistência vai além das necessidades biológica ou psicológica, sendo necessário atendimento biopsicossocial. Como resultado desses discursos, obtivemos que: a mulher é quem assumia os cuidados no tratamento do paciente, o doente sofria perdas contratuais com a família e o trabalho, o cuidador apresentava dificuldade para lidar com o paciente em crise, a cuidadora apresentava problemas emocionais e físicos. Principalmente nos períodos de crise do doente, os profissionais da ESF ofereciam algum tipo de apoio ao cuidador, acompanhando e orientando, porém, deixando claro que não tinham o preparo necessário para realizar esse tipo de ação.

Desse modo, a atenção à família amplia-se num leque de possibilidades que demandam novas tecnologias bem como reestruturação de novos saberes, novas práticas e serviço de apoio que possibilitem superar o modelo paradigma falho da assistência ao doente mental, centrando suas estratégias no indivíduo e esquivando-se do contexto familiar e social.

Na concepção da categoria analítica da Atenção Domiciliar, o que se observou nos discursos foi uma contradição entre os profissionais da mesma equipe, pois, enquanto um procurava prestar assistência observando o todo:

E2¹⁸ *Nós procuramos ver esse ambiente como um todo, não avaliar só ela, mas a mãe, que tem uma complexidade, a avó ou o neto, ver a família como um todo e trabalhar a família como um todo, fazer proposta de mudanças.*

O outro profissional focava a vista apenas na doença e no paciente, desconsiderando o meio social onde estavam inseridos:

M2⁴ *Uma paciente que usava crack e ela de início não tinha cuidados consigo própria, não tinha cuidado com o filho, vendia tudo de casa. A família relatando que ela chegava a ter momentos de surto para buscar droga, ela chegava a queimar vestimentas e até peças que existia na sua casa para pressionar a família a dar dinheiro para ela.*

Nesse sentido, podemos afirmar que ainda está presente o modelo biológico focado na doença; isso significa que ainda precisamos caminhar muito para que ocorra a mudança do paradigma assistencialista, para o olhar biopsicossocial.

A terceira e última categoria que emergiu dos discursos foi o Processo de Trabalho, em que os profissionais, mesmo que timidamente, desenvolviam atividades que reforçavam a autoestima em busca da autonomia. Outra resposta encontrada por esses profissionais foi o encaminhamento que, muitas vezes, era a finalidade do atendimento.

O resultado dos discursos dos encaminhamentos apontaram: a utilização da medicação enquanto aguardavam o atendimento e ou encaminhamento, dificuldade instrumental no reconhecimento dos problemas relacionados à saúde mental, porta de entrada (internação) na rede de atenção à saúde mental ocorria pela atenção primária, dificuldade de comunicação entre o nível primário e o secundário; ocorriam encaminhamentos internos em sua grande maioria para o médico, porém, também existiam os encaminhamentos para outros profissionais, inclusive para o NASF; o profissional tinha dificuldade para detectar adequadamente os problemas relacionados aos transtornos mentais quando ocorriam queixas somáticas.

E ainda, emergiram dos discursos, por meio do instrumento do processo de trabalho, a criação de vínculos precários, a escuta que, raramente, tinha uma “visão ampliada” e, na grande maioria das vezes, estava voltada ao modelo biológico; o acolhimento, que normalmente é realizado na UBS, tinha uma prática diferenciada, privilegiando o doente mental, existia a participação de grupos diversos que não eram específicos aos doentes mentais, apontaram

ainda a necessidade de capacitação, e alertaram quanto à deficiência da Rede, que apresentava dificuldades de acesso à consulta com o médico psiquiatra.

Os discursos dos profissionais apontaram que a Rede existente no local do estudo apresentava déficit no que diz respeito aos recursos humanos bem como melhor articulação com os serviços de saúde mental presente no município. Outro fator determinante, reiterando, foi a necessidade de capacitações. Contraditoriamente, no acolhimento quando os pacientes iam em busca do alívio para seus sintomas e suas queixas, ou em busca de remédio, consulta ou exames, em vez de ouvi-los, o profissional prontamente alimentava essa demanda. Era mais importante diminuir a fila do se utilizarem instrumentos que demandassem mais tempo.

O discurso desses profissionais voltava-se ao modelo biomédico, com práticas excludentes, por meio de encaminhamentos que, normalmente, levavam à internação psiquiátrica.

O estudo nos revelou que os profissionais sujeitos de nossa pesquisa desenvolviam ações diversificadas e estas foram divididas em temas, colocados dentro das categorias empíricas; muitos deles voltados para o modelo da psiquiatria tradicional, em que a assistência era centralizada na medicação e a preocupação era com o diagnóstico. Porém, outros profissionais, de maneira incipiente, deram início ao paradigma da reabilitação, em que a comunicação terapêutica surge como nova tecnologia.

O processo saúde doença mental, centrado na prescrição medicamentosa, modelo biomédico, na falta de acesso a outros níveis da rede especializada, ou seja, reproduzindo os mais antigos e arcaicos processos de tratamento da psiquiatria tradicional, deixa de promover, prevenir e reabilitar o indivíduo com transtorno mental, princípios básicos da reforma psiquiátrica.

Esses profissionais apresentaram necessidade de capacitação, uma vez que não estavam alinhados com os princípios do SUS como também da Reforma Psiquiátrica, para, assim, poderem, realmente, minimizar o estigma e o preconceito, e promoverem assistência que resgate a cidadania do doente mental.

Observamos que os profissionais, mesmo com poucas intervenções, utilizavam os instrumentos do processo de trabalho para criar vínculos com os pacientes, acolhendo-os e realizando grupos, sendo que, dessa forma,

aumentavam as trocas e as relações sociais.

Entendendo que a Universidade é um local que abriga vários tipos de conhecimento, os profissionais da ESF acreditavam que seria interessante o desenvolvimento de cursos voltados para sua capacitação. E ainda, referiam que os alunos realizavam seus estágios em curto espaço e que, quando começavam a participar do cotidiano da unidade, findava o estágio.

A complexidade vivenciada no contexto familiar com o portador de transtorno psíquico bem como conseguir reger sua vida apresentavam uma série de dificuldades para a família. Desse modo, compreendemos que não podemos penalizar as famílias, pois, o serviço de apoio para auxiliar a família nessa tarefa era ineficaz; preconizamos, assim, a formação de cuidadores que possam atuar na Atenção Básica.

O olhar para o sujeito, de maneira a visualizar sua necessidade biopsicossocial no domicílio, prova o enfrentamento que demandava difícil resolubilidade, uma vez que o profissional se angustiava, muitas vezes, com a carência da família. Sendo assim, recomendamos a criação de espaços onde os casos possam ser discutidos e, dessa forma, soluções serem propostas com a finalidade de minimizarem os sentimentos vivenciados.

Embora haja na cidade o CISAM, CAPS, CAPSad, Emergência Psiquiátrica, dois leitos em hospital geral e uma abrangência de 74,5% de cobertura pela ESF com suporte das equipes do NASF, poderia haver trabalho em REDE, porém, teria de abrir o CAPS com maior número de profissionais. O fluxo seria pela Atenção Básica, pelo menos, durante o dia e, à noite, duas opções, ou abre-se o CAPS 24 horas, que seria o local ideal, ou vai para a emergência psiquiátrica. As equipes de apoio do NASF dariam suporte aos da ESF. Entretanto, deveria haver um treinamento em massa para todos os profissionais da área de saúde dos serviços públicos, tendo como principal enfoque o SUS. Um treinamento referente à saúde mental para a ESF, com reciclagem em determinados períodos, também contribuiria para o aperfeiçoamento das ações em saúde mental.

REFERÊNCIAS

6 REFERÊNCIAS

- 1 Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida MCP. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev Eletr Enf. 2005; 07 (01): p. 113 – 111. [Acesso em: 2008 Mar 15].
Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/847/1020>
- 2 OPAS. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Série técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: OPAS, 2003.
- 3 Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev Esc Enferm. USP 1996; 30 (3): p. 380-98.
- 4 Noronha JC, Levcovitz E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R, Tavares R [organizadores]. Saúde e sociedade nos anos 80. Rio de Janeiro, Relume Dumará; 1994. p. 73-112.
- 5 Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. In Negri B, Viana Brasília: ADL organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo. Sobravime, 2002. p. 240-67.
- 6 Tenório FA. Reforma psiquiátrica da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2002; 9 (1), p. 25-59.
- 7 Paim JS. As políticas de saúde e a conjuntura atual. Saúde em Debate, 1984; 15 (16): 8-15.
- 8 Paim JS. A crise do planejamento autoritário em saúde, R. Assoc. Psiqu. Bahia, 4: 56-61, 1981.
- 9 Fonseca, AS. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social; primeiro ano. Documento apresentado à Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado sobre a Previdência Social. Brasília, MPAS/INAMPS, 1983. 67 p.
- 10 Teixeira, SMF. Reorientação da Assistência Médica Previdenciária; um passo adiante ou dois atrás? Rio de Janeiro: FGV, EBAP, 1984.
- 11 Brasil. Leis, decretos, etc. Resolução 06/84, MS/MPAS/MEC/ CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: normas gerais aplicáveis às AIS. Brasília, 3 maio 1984. 3 p, anexo.
- 12 Brasil. Leis, decretos, etc. Resolução 07/84, MS/MPAS/MEC/ CIPLAN; Ações Integradas de Saúde. Anexo: orientação para programação anual e avaliação conjuntas. Brasília, 3 maio 1984. 3 p., anexo.

13 Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. Proposta política para um programa de saúde. Saúde em Debate. 1985.17: 33-6

14 Rosa WAG, Labate RC. Relato de experiência de enfermeiras do PSF com pacientes em sofrimento. In: Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental, 7, 2002, Ribeirão Preto, Resumos. Ribeirão Preto: Scala; 2002. p. 102.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação de saúde mental. 5ª ed. Brasília: Editora MS; 1990-2004 p.339.

16 Antunes MJM. O trabalho da gerência na rede básica do Sistema Único de Saúde – SUS: a contribuição da enfermagem brasileira no universo da Classificação Internacional de Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. Brasília; 2001.

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

19 Carvalho VLM. A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Publica da USP; 2002.

20 Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

21 Amarante P (coord.). Loucos pela vida – trajetórias da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

22 Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub-judice [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

23 Bezerra, BB Jr. De médico, de louco e de todo mundo um pouco - o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: Guimarães e Ricardo AS, Tavares (Org.). Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

24 Barros S, Bichaff R. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP; 2008.

25 Diniz SA. A medida da satisfação dos usuários com um serviço publico municipal de saúde mental. [tese]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.

- 26 Hirdes A. Centro comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial. 2000 [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2000.
- 27 Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.
- 28 Amarante P. O homem e a serpente - outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
- 29 Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2 ed. São Paulo: Escrituras; 2006.
- 30 Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Unicamp; 2003. p.48-57.
- 31 Guattari F. As três ecologias. Trad. Bittencourt MCF. 5ª. ed. Campinas, SP: Papirus; 1995.
- 32 Lobosquen AM. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond; 2003. p.156.
- 33 Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IA, Costa ES, organizadores. Fim de séculos: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-53.
- 34 Amarante P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p.53.
- 35 Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 36 Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Documentação e Informação, Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Brasília; 2001.
- 37 Silva Junior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. A construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2005.
- 38 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a. 85p.
- 39 Mângia EF. Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro; 24 (3), 2008.

40 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. [acesso em: 2011 Jan 30]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

41 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - (DAPES). Secretária de Atenção a Saúde. - SAS [Acesso 2011 Jan.30]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21resid_uf.pdf

42 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Programa de Saúde da Família; Programa de Saúde da Família – saúde dentro de casa. Brasília, 1994. [acesso 2009 Out 05]; Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/pgn/id101.htm>

43 Viana AL. Dal Poz MR (coords). Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família. Informe final. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. UERJ. 1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 166). 35p.

44 Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; 1999.

45 Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm: saúde da família. Brasília: ABEn,; 2000. 53 (nº especial) .p. 25-30.

46 Dal Poz MR, Viana AL. O programa de saúde da família como estratégia da reforma do sistema de saúde no Brasil (On Line). [Citado em: 2001 Set 12]. Disponível em: http://www.idrc.ca/lacro/foro/seminario/dalpoz_rp.html

47 Brasil. Ministério da Saúde. Educação permanente/ Milton Menezes da Costa Neto, org. Cadernos da Atenção Básica: programa saúde da família. (Caderno 3) . Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica: 2000.

48 Sousa MF, Fernandes AS, Araujo CL. Fernandes MC. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. Divulgação em Saúde para Debate; 2000. 21.p.7-14.

49 Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record; 2001. 174p.

50 Santos M. Espaço & Método. São Paulo: Nobel, 1985.

51 Santos M. Metamorfose do Espaço Habitado. São Paulo: Hucitec; 1996.

52 Mendes EV; Teixeira CF; Araujo EC; Cardoso MRL. Território: conceitos chave. In: Mendes EV et al. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1993, p. 166-169.

- 53 Borges CC. Sentidos de saúde/doença produzido em grupo numa comunidade alvo do PSF [dissertação]. Universidade de São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2002.
- 54 Costa Neto MM. Educação permanente. In: Cadernos de atenção básica: programa saúde as famílias. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 55 Nunes CB, Barbosa MAM. Nossa História rumo à saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53 (n. especial): 103-106.
- 56 Souza HM. Programa saúde da família: entrevista. Rev Bras Enferm. 2000; 53 (n. especial): 7-16.
- 57 Santa Cruz ML. Realidades escondidas. In: Lancetti A. (org). Saúde Loucura - saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2000, nº 7.
- 58 Merhy EE, Franco TB. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? Rio de Janeiro: Saúde em Debate. 2002; 26 (60): 118-122.
- 59 Cabral B. Estação comunidade. In: Janete A & Lancetti A, organizador. Saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 137-154.
- 60 Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. Circular conjunta. nº 01/03. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [Citado 2008 mar. 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
- 61 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. 2ª. ed. Brasília; 2008. 52 p.
- 62 Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar sim, excluir não. 2001. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 2002.
- 63 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; 4).
- 64 Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti, A. (org) Saúde Loucura nº 7 – Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
- 65 Franco MSP. Equipe atuante no Programa Saúde da Família: conceitos e possibilidades de assistência em saúde mental [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2006.

98 p.

66 Sousa, GC. O agente Comunitário de Saúde e a Saúde Mental: percepções e ações na atenção as pessoas em sofrimento mental [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007. 106p.

67 Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceito dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Rev Escola de Enferm da USP. São Paulo 2007; 41: 74.

68 Rosa WAG. Limites e possibilidades de inserção da Estratégia de Saúde da Família no processo de transformação da assistência psiquiátrica e na promoção de saúde mental [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007. 163p.

69 Ramos CC. Representação social da saúde mental no programa de saúde da família (PSF) – Estudo em um núcleo do PSF coordenado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP) [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. p. 97.

70 Lucchese R. Oliveira AGB. Conciani ME. Marcon SR. Saúde mental no programa saúde da família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. Set 2009; 25 (9).

71 Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Brasília: Rev Bras de Enferm. 2007; 25 (4).

72 Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JGT. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro: Jornal Bras de Psiquiatria. 2007; 56 (1).

73 Felisbino JE, Ribeiro IM. Oficina da capacitação para implantação de equipes da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53(n. especial): 139-142.

74 Waidman MAP, Elsen I. Cuidar da família no domicílio: uma estratégia de reinserção social do doente mental. In: Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental. Resumos. Ribeirão Preto: Scala; 2002. p.105.

75 Fioravanti C. Fragilidades expostas. São Paulo: Pesquisa Fapesp; 2005. n° 107, p.40-43.

76 Barros DD. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP e Lemos Editorial; 1994.

77 Koga M. Programa de saúde da família de Maringá: opinião sobre a atenção à saúde mental [tese]. Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto; 2003.

78 Moreno V. Vivência do familiar da pessoa em sofrimento psíquico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade

de São Paulo; 2000.

79 Esperidião E. Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica. Rev Eletr Enferm. 2001 Jan-Jun; 3 (1) [acesso em: 2009 mar. 10]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

80 Vianna PC de M, Barros S, Costa ASSM. O modelo assistencial em saúde mental – visão de familiares. REME – Rev Min Enf , 2004; 8 (3). p. 374-581.

81 Rosa WAG. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do programa de saúde da família [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002.

82 Ortiz MA. Tostes VM da CS. Uma experiência com grupos de familiares no hospital-dia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 1992; 41 (6), p. 271-275.

83 Franco T. Merhy EE. Programa de saúde da família: contradições e novos desafios. In: Congresso Paulista de Saúde Publica, 6., 1999, Águas de Lindóia. Anais..São Paulo: APSP, 1999. v.2, p.145-154.

84 Vasconcelos E.M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

85 Costa EMA, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar, Rio de Janeiro: Rubio; 2004.

86 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília,/MS; 1997.36p

87 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.11-12.

88 Brêda MZ. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. [dissertação]. NESC/Fiocruz; 2001

89 Gonçalves AM. A mulher que cuida do doente mental em família. In: Livro resumo/abstract do Congresso Internacional pesquisando a Família. Florianópolis; 2002.

90 Surita RTS. Identificação do Programa Saúde da Família no Município de Maringá. 2000 [monografia]. Centro de Ensino Superior de Maringá – Cesumar. Maringá; 2000.

91 Alves DSN. Seidl EF. Schechtman A. Silva RC. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 195-201.

92 Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Secretaria Executiva. Brasília; 2001. 36p.

- 93 Maringá, Prefeitura Municipal de Saúde, Exposição de quadros marca Dia Nacional da Luta Antimanicomial. 2006. [acesso em: 2011 Jan. 30]. Disponível em <http://www2.maringa.pr.gov.br/>
- 94 Maringá. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde 2008-2010. Maringá, 2008.
- 95 Lenzion, KC. Vozes dissonantes: a reforma psiquiátrica em Ponta Grossa. [Monografia]. Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2007.
- 96 Maringá. Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2002-2003. Maringá, 2001.
- 97 Maringá. Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde. Projeto de Reestruturação da Rede de Atenção à Saúde. Maringá, 2001.
- 98 Sapata MPM, Soares DA, Souza RKT. Utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública em municípios de médio porte da região sul do Brasil, 1998 a 2002. *Epidemiologia e Serviço em Saúde*; 2006; 15 (2): 57-67.
- 99 George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
- 100 Travelbee J. Intervención en enfermería psiquiátrica. Carvejal: Cali; 1979.
- 101 Lacerda MR. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. *Cogitare Enferm*. 1997; 2(1): 44-9.
- 102 Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.
- 103 Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2003: p.49.
- 104 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2004.
- 105 Demo P. Metodologia Científica em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 1995.
- 106 Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho social: In Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83 -107.
- 107 Heidemann M. Gomes MLB. Sanchez COM. O pensamento de Antônio Gramsci como referencial teórico na pesquisa em história da Enfermagem. Ver.

Eletr. Enf. 2008; 10 (4): 1159-64. [acesso em: 2009 dez. 12]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/10n4a29.htm>

108 Spink MJ. Desvendando teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: Guareschi PA. e Jovchelovitch S organizadores. Textos em representações sociais. 8ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.

109 Minayo MCS. O conceito de Representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S organizadores. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1995.

110 Santos BS. Introdução a Uma Ciência Pós-Moderna. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

111 Weber M. Ensaios de Sociologia (trad. Waltensir Dutra). Rio de Janeiro: Zahar; 1982

112 Gramsci A. Concepção dialética da história. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1984.

113 Chauí M. O que é ideologia? São Paulo: Brasiliense; 1984.

114 Löwy M. Ideologias e Ciência Social. Elementos para uma análise marxista.. São Paulo: Editora Cortez; 1985.

115 Agostinho, S. A Cidade de Deus: contra os pagãos. Parte I. Petrópolis: Vozes; São Paulo: Federação Agostiniana Brasileira, 1990.

116 Hoffmann M. S. O domínio ideológico da igreja durante a alta Idade Média Ocidental. Rev. Historiador Especial. 2010 Jul; 01(3):105-12. [acesso em: 2010 dez. 10]. Disponível em: <http://www.historialivre.com/revistahistoriador>.

117 Thompson JB. Ideologia e cultura moderna. Petrópolis: Vozes; 1995

118 Fiorin, JL. Linguagem e ideologia. 8ª ed. São Paulo: Ática; 2007

119 Foucault, M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 1999.

120 Barroso, A. G. C.; Abreu, L. M.; Bezerra, M. A. A.; Ibiapina, S. L. D.; Brito, H. B. Transtornos mentais: o significado para familiares. Fortaleza: Rev Bras em Promoção da Saúde. 2004, 17 (3): 99-108.

121 Tilio, R. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. Ribeirão Preto: Paidéia, maio/ago. 2007; 17 (37): 195-206.

122 Godoy MGC, Bosi MLM. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas Physis. 2007;17(2):289-99.

- 123 Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR). Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem. São Paulo (SP): Ministério da Saúde; 2001. p.43-6.
- 124 Marrelli TM. Welcome to home care: the health setting of the future. In: Marrelli TM, organizadora. Handbook of home health orientation. Mosby: Sant Louis; 1997.
- 125 Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2006 Out-Dez; 15 (4): 645-53.
- 126 Costa J. Visitação Domiciliária - Base para o ensino de Enfermagem na comunidade. Rev.Enf. Novas dimensões; 1997.
- 127 Brasil. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006.; 2006 [acesso 2009 mai. 04]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/rdc_anvisa.pdf.
- 128 Rehem TCMSB. Assistência domiciliar em saúde subsídios para a atenção básica [dissertação]. Salvador: UFBA. Instituto de Saúde Coletiva; 2003. 33 p.
- 129 Lacerda MR, Oliniski SR. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. Texto Contexto Enf. 2003 set-dez; 12 (3): 307-13.
- 130 Saraceno B. Libertando Identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora/Instituto Franco Basaglia; 1999.
- 131 Peres EM, Dal Poz MR, Grande NR. Visita Domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. Rev Enferm. UERJ. Rio de Janeiro; 2006 abr/jun; 14(2): 208-13.
- 132 Vianna PC de M, Barros S. A análise do discurso: uma revisão teórica. Rev Min Enf. 2003 7(1): 56-60.
- 133 Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. 15ª ed. São Paulo: Ática; 1999.
- 134 Silva ALA, Fonseca MGS. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. Ribeirão Preto: Rev Latino-Am Enfermagem. 2003 Dec; 11 (6): 800-806.
- 135 Susser, M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. J Epidemiol Community Health. 1998, n. 52 : 608-611.
- 136 Almeida ES, Junqueira de Castro CG, Vieira CAL. Distritos sanitários concepção e organização do instituto para o desenvolvimento da saúde – IDS.

São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Editora Fundação Peirópolis Ltda; 1998.

137 Castel R. A Ordem Psiquiátrica - a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: 2ª.ed. Graal; 1991.

138 Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978.

139 Saraceno B. A cidadania como forma de tolerância. Conferência realizada no Rio de Janeiro, 1998.

140 Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1961.

141 Evaristo P. Gestão da psiquiatria na comunidade. Trad. M. Alice Pereira. Itália/Mimeografado, 1998.

142 Silva JLL. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. Informe-se em promoção da saúde. 2006; 2 (1): 03-05. [acesso em: 2011 Mar 30]. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>

143 Cardoso AVM. Reinado MAS. Campos LF. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre transtorno mental e de comportamento, em uma cidade de Minas Gerais. Cogitare Enferm. 2008 Abri/Jun; 13(2): 235-43.

144 Pessotti I. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.

145 Camacho MDP. Historia de la Psiquiatria. Compendio. Instituto Canario de Psiquiatria. [acesso em: 2011 Mai 27]. Disponível em: http://icapsi.blogspot.com/2011_05_01_archive.html

146 Castel R.. A dinâmica dos processos de marginalização: Da vulnerabilidade à “desfiliação”. Cadernos CRH. 1997b; 26/27: 19-40.

147 Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1988.

148 Gadamer HG. Verdade e método. Petrópolis: Vozes, 1997.

149 Botti, NCL, Andrade, WV. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. Cogitare Enferm. 2008 Jul/Set; 13 (3): 387-94.

150 Maciel ME. A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência. Cogitare Enferm. 2008 Jul/Set; 13 (3): 453-6.

151 Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1996.

- 152 Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez; 1977. Cinco desafios à imaginação sociológica; 17-22.
- 153 Silveira DP. Sofrimento Psíquico e Serviços de Saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. (dissertação). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- 154 Barban EG. Oliveira AA. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). Arq Ciênc Saúde. 2007 Jan-Mar; 14 (1): 52-63.
- 155 Pereira MAO. Representação da doença mental pela família do paciente. Interface - Comunic Saúde Educ. 2003; 7 (12): 71-82.
- 156 Campos RTO. Clínica: a palavra negada. Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em Debate. 2001; 25 (58): 98-111.
- 157 Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- 158 Saraceno B. Ascoli F. Tognoni G. Manual de saúde mental. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 159 Caçapava JR. Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(4): 573-80.
- 160 Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
- 161 Amarante P. Reforma psiquiátrica e epistemologia Cad Bras Saúde Mental 2009 Jan-Abr. 1(1). (CD-ROM)
- 162 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il.
- 163 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática de integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5): 1411-16.
- 164 Modesto TN. Santos, DN. Saúde mental na atenção básica. Rev Baiana de Saúde Pública. 2007 Jan-Jun; 31 (1): 19-24.
- 165 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS, Brasília, 2005.

166 Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida MCP. Atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev Eletrôn Enferm. 2005; 7 (1): 113-7. [acesso em 2007 Out 15]. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista.htm

167 Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC/ ABRASCO; 2001. p. 113-50.

168 Caçapava JR. Colvero LA. Martines WRV. Machado AL. Aranha e Silva AL. Vargas D, Oliveira MAF. Barros S. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp 2): 1256-60.

169 Miranda AFCP. Tratado de Direito de Família. Campinas: Bookseller, 2001. p. 57-58.

170 Fiúza C. Direito civil: completo. 6ª..ed. rev. atual e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

171 Cabral MC. Família de hoje. Webartigos. 2008. [Citado em: 2011 Mai 20]. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/12315/1/Familia-na-atualidade/pagina1.html#ixzz1SoPoBYAC>

172 Scóz TMX. Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Revista Eletrônica de Enfermagem 2003; 5 (2): 71 – 77. [acesso em: 2011 Mai 30]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

173 Reinaldo A. Wetzel C. Kantorski LP. A inserção da família na assistência em saúde mental. Saúde Debate. 2005; 29 (69): 5-16.

174 Borba LO. Schwartz E. Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul Enferm. 2008; 21(4): 588-94.

175 Koga. M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. Ribeirão Preto, 1997. [dissertação] Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997.

176 Moll MF. Saeki T. Vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. Rev Latino-am Enfermagem. 2009 Nov-Dez; 17(6): p.995-1000.

177 Oliveira MAF. Colvero LA. A saúde mental no programa saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem. Brasília: USP/IDS/MS, 2001.

178 Oliveira RMP. Loyola CM. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. *Acta Sci Health Sci*. 2004; 26 (1): 213-22.

179 Silva VA, Lippi PCM, Pinto CJM. Doença Mental: Dificuldades enfrentadas pela família e o familiar – cuidador. *INTELLECTUS – Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional*. 2008: 4 (05).

180 Santos BRL. Moraes EP. Piccinini GC. Sagebin HV. Eidt OR. Witt. RR et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. *Rev Bras Enferm*. 2000 Dez. 53 (n. especial): p. 49-59.

180 Waldow VR. Cuidado: uma revisão teórica. *Rev Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre. 1992.3 p.

181 Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001 Mar; 9 (2): 48-55.

182 Bandeira M. Barroso S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras de Psiquiatria*. 2005; 54 (1): 34-46.

183 Tessler RC. Gamache GM. *Family Experiences with Mental Illness*. Westport: Auburn House; 2000.

184 Colvero LA. Ide CAC. Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Escola Enferm USP*. 2004; 38 (2): 197-205.

185 Nunes M. Jucá VJ. Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública*. 2007 Out; 23 (10): 2375-2384.

186 Salles MM. Barros S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41 (1): 73-81.

187 Alonso SG. Falando sobre reinternação psiquiátrica: a voz das pacientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

188 Oliveira AGB. Vieira MAM. Andrade SMR. Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água; 2006.

189 Marx, K. O capital: crítica da economia política: livro I. 21ª. ed. Trad. Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 966p.

190 Lobo Neto, FJS. Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de saúde: enfermagem; Módulo IV. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2000. 84p.

191 Gonçalves, RBM. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

192 Gonçalves RBM. Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

193 Frigotto G. Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos. In Gomes, CM, et al. Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador. São Paulo: Cortez/Editora Autores Associados, 1989.

194 Silva ATMC. Silva CC. Ferreira Filha MO. Nóbrega MML. Barros S. Santos KG. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005 jul-ago; 58 (4): 411-5.

195 Silva, ALA, Fonseca, RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(3):441-9.

196 Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Fernandes AM (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. 2001. p. 55-9.

197 Akerman M. Feuerwerker L. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidade o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: Campos WSC, Mina MCS, Akerman M, Drumand Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 171-86.

198 Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE. Onocko R (org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997. p. 197 – 228.

199 Campos GWS. Campos RTO. Co-Construção de Autonomia: o sujeito em questão. In.: Campos GWS. Minayo MCS. Akerman M. Drumond Júnior M. Carvalho YM (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 669-688.

200 Mota TD. Barros, S. Saúde Mental, Direitos, Cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. Rev Esc Enferm. USP 2008; 42 (2): 220-6.

201 Pitta AM. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: Pitta A, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.19-30.

202 Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona (Es): Martinez Roca; 1993.

- 203 Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP) [dissertação]. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.
- 204 Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica: visão psicodinâmica. In: Botega NJ (org). Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p.78-93.
- 205 Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO (org). Inventado a mudança na saúde. São Paulo: Editora HUcitem, 1994. p.29-87.
- 206 Campos GWS. Equipes de referência a apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco. 1999; 4 (2): p.393-403.
- 207 Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13 (3): 469-478.
- 208 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007 Jan. 85p.
- 209 Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2001.
- 210 Fraga MNO. Inserção de ações de saúde mental na atenção básica de saúde. Texto elaborado como subsídio ao módulo de acompanhamento a profissionais vinculados ao Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS e atuantes em municípios do Ceará. Fev 2003. Departamento de Enfermagem da UFC.
- 211 Amarante PDC. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- 212 Brêda MZ. Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001; 6 (2):471-80.
- 213 Vecchia MD. Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. Ciênc saúde coletiva. 2009; 14 (1): 183-93
- 214 Figueiredo MD. Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc saúde coletiva. 2009; 14 (1):129-38.
- 215 Campos GWS. Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma

metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007 Fev; 23 (2): 399-407.

216 Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública 2000; 34 (3): 316-9.

217 Brasil Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários p. 4 Brasília, 2003.

218 Campos, GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003 .

219 Rodrigues MP. Lima KC. Oliveira AGRC. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 70-8.

220 Ribeiro CC. Ribeiro LA. Oliveira AGB. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de CUIABÁ- MT. Cogitare Enferm. 2008 Out/Dez; 13 (4): 548-57.

221 Reinaldo MAS. Pilon SC. História da enfermagem psiquiátrica e dependência química no Brasil. Esc. Anna Nery Enferm. 2007 Dez; 11 (4): 688-93.

222 Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003. p. 27.

223 Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R; Mattos RA (Organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

224 Barros RB. O dispositivo grupal no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Amarante P, organizador. A loucura da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 277- 83.

225 Dall'Agnol CM. Ciampone MHT. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1999; 20 (1): 5-25.

226 OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde – Brasil. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Carta de Ottawa. Brasília, DF, 1986. [acesso em 2010 Mai 15], Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

227 Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

228 Munari DB. Melo TS. Pagotto V. Rocha BS. Soares CB. Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações,

desafios do Programa Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008; 10 (3): 784-95

229 Silva ATMC. Silva CC. Ferreira Filha MO. Nóbrega MML. Barros S. Santos KKG. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. Rev bras enferm. 2005; 58 (4): 411-5.

230 Soares SRR. Seaki T. O centro de atenção psicossocial sob a ótica dos usuários. Rev. Latino – am Enfermagem. 2006 Nov/Dez: 14(6). www.eerp.usp.br/rlae

231 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.

232 Lussi IAO. Pereiral MAO. Pereira Junior AA. proposta de reabilitação psicossocial de saraceno: um modelo de auto-organização. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 maio-junho; 14 (3): 448-56.

233 Rosa LCS. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez; 2003.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Valmir Rycheta Correia, portador do Rg. 2.087.502, SSP-PR, aluno da Pós - graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa, com o título provisório “*O profissional de saúde da família na promoção da saúde mental*”. Pretendo com este trabalho compreender as necessidades da equipe da ESF para desenvolver as ações de saúde mental na comunidade frente aos portadores de transtornos mentais.

A metodologia será desenvolvida através de entrevista semi-estruturada realizada com os trabalhadores da ESF, que serão gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

A participação é voluntária e não irá interferir no seu processo trabalho no Programa Saúde da Família. Os trabalhadores têm o direito de desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem que isso acarrete algum tipo de prejuízo a sua vida pessoal ou profissional. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo. Este termo é apresentado em duas vias, sendo que uma ficará em poder do sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador.

Agradeço desde já a sua valiosa contribuição que será da maior importância

Consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, portador(a) do RG _____, funcionário(a) da equipe _____, da Unidade de Saúde da Família _____ da UBS _____, tendo sido satisfatoriamente informada(o) sobre a pesquisa com título provisório “*O profissional de saúde da família na promoção da saúde mental*”, que tem como finalidade compreender como se desenvolve a atenção às pessoas com doenças mentais e seus familiares, na sua comunidade, realizadas pelas equipes da ESF. Concordo em participar da mesma e autorizo que minha entrevista seja gravada, com a garantia de anonimato e sigilo com relação a todo seu conteúdo e que as informações coletadas sejam utilizadas para efeito de análise e divulgação científica. Estou ciente de que posso retirar esse meu consentimento a qualquer tempo, informando minha decisão ao pesquisador, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo a minha vida pessoal ou profissional.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Pesquisador: Valmir Rycheta Correia
Endereço Rua Virgílio Jose de Oliveira, nº. 53
Telefone 044 – 3029-6370
E-mail: valmirrycheta95@hotmail.com

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP: (11) 3066-7548

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS DEPOENTES

A. Caracterização do entrevistado

Dados de identificação:

1. Iniciais do nome: _____
2. Profissão/Função: _____
3. Sexo: FEM () MASC ()
4. Idade: _____ (anos completos)
5. UBS: _____
6. Equipe: _____
7. Escolaridade: _____
8. Quanto tempo trabalha na ESF? _____
9. Número de famílias acompanhadas? _____
10. Quantas visitas realizadas por semana? _____

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS INTEGRANTES DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

B. Roteiro para entrevista da ESF

Descreva um atendimento que você realizou a uma pessoa com doença mental?

Relate uma situação de atendimento domiciliar à uma família, que tem pessoa(s) com doença mental. (Nesta situação como você se sentiu?)

Quais as intervenções (ações) que foram possíveis? O que você fez para ajudar esta família? (Você tem acompanhado esta família? Como ela esta?)

Você participou de algum treinamento ou curso sobre Saúde Mental? Fale sobre isso?

Como a Universidade pode contribuir para qualificar o atendimento à pessoa com doença mental?

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 418 - CEP 05403-900
Tel.: (011) 3061-7542/8858 - Fax: (011) 3061-7548
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: eticaesp@usp.br

São Paulo, 07 de junho de 2010.

Ilm.º Sr.
Valmir Rycheta Correia

Ref.: Processo nº 935/2010/CEP-EEUSP

Prezado Senhor,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **"O profissional de saúde da família na promoção da saúde mental"**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO B**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL****UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 – SP

Tel. (11) 3061-76023 - Tel./Fax: (11) 3061-76151

E mail:enpee@usp.br

Pedido de autorização institucional

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

São Paulo, maio de 2010.

Senhor Secretário,

Vimos solicitar autorização para Valmir Rycheta Correia, aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizar a pesquisa intitulada “O profissional de saúde da família na promoção da saúde mental” (título provisório) para a obtenção do título acadêmico, nível doutorado.

Na oportunidade, esclarecemos que a pesquisa será realizada com os profissionais da Estratégia Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde.

A pesquisa tem por finalidade compreender como se desenvolve a atenção às pessoas com transtornos mentais e seus familiares, na sua comunidade, realizadas pelas equipes da ESF, na perspectiva de fornecer subsídios que contribuam para a qualificação das ações de saúde mental pelas equipes da ESF e para o ensino de enfermagem em saúde mental.

Temos como objetivos: 1) Identificar as ações desenvolvidas pela equipe da ESF junto às pessoas com transtornos mentais; 2) Analisar as representações sociais da equipe da ESF sobre o processo saúde/doença mental; 3) Compreender as necessidades da equipe da ESF para desenvolver as ações de saúde mental na comunidade; 4) Identificar as atribuições da equipe da ESF, relacionados às pessoas com transtornos mentais; 5) Identificar possibilidades e dificuldades na colaboração da Universidade com a ESF, a partir dos discursos da equipe.

Agradecemos antecipadamente, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Profª. Drª. Sônia Barros

Docente do Departamento de Enfermagem
Materno Infantil e Psiquiátrica da EEUSPAo Secretário de Saúde do Município de Maringá.
Dr. Antonio Carlos Nardi

ANEXO C

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ofício nº1722/2010

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Centro de Formação e Capacitação
Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Maringá, 19 de agosto de 2010.

Prezada Senhora

Informamos que foi autorizada a realização da pesquisa:
"O profissional de saúde da família na promoção da saúde mental" a ser realizada nos NIS II Guaiapó-Requião, Parigot de Souza, Vila Esperança, Pinheiros e Policlínica Zona Sul desta Secretaria Municipal da Saúde.

Informamos ainda que a realização da referida pesquisa estará condicionada à sua aprovação pelo COPEP.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

Nelly Lopes de Moraes Gili
Coordenadora CECAPS

Jacinta Fatima Ferreira da Silva
Diretora do NIS Parigot de Souza
Secretaria Municipal da Saúde
Maringá - PR

Ilma. Sra.
Sônia Barros
Coordenadora do projeto de pesquisa
Universidade de São Paulo - USP

Flávio Augusto Santos da Silva
Diretor do NIS Vila Esperança
Secretaria Municipal da Saúde
Maringá - PR

23/08/10