

PRISCILLA DE OLIVEIRA LUZ

**POTENCIALIDADES E LIMITES DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA
NO MUNICÍPIO DE BARRETOS**

São Carlos/SP
2012

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PRISCILLA DE OLIVEIRA LUZ

**POTENCIALIDADES E LIMITES DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA
NO MUNICÍPIO DE BARRETOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos
- UFSCar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Saúde e
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia N. Ogata.

Fonte de Financiamento: Coordenação de Capacitação
de Pessoal de Nível Superior/CAPES

São Carlos/SP
2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

L979pL

Luz, Priscilla de Oliveira.

Potencialidades e limites da saúde mental na atenção básica no município de Barretos / Priscilla de Oliveira Luz. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

107 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Integralidade. I. Título.

CDD: 362.2 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



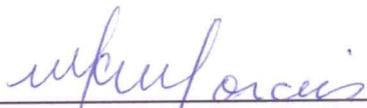
FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: PRISCILLA DE OLIVEIRA LUZ

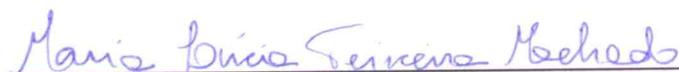
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 27/02/12
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:



Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata
(Orientadora - DEnf/UFSCar)



Profa. Dra. Maria Cecília Moraes Scatena
(EERP/USP)



Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado
(DEnf/UFSCAR)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

DEDICATÓRIA

Com carinho, dedico este trabalho a todos aqueles que passaram longos anos de sua vida em hospitais psiquiátricos e que hoje vivem, por direito, em sociedade. Para representar todas estas pessoas, escolhi três mulheres que tive a honra de conhecer e que me ensinaram muito sobre vida, loucura e liberdade. As frases abaixo representam um pouco das inquietações e reflexões provocadas pelos os inúmeros diálogos que tivemos. “Eu não roubo, não mato, não brigo. Me prender pra quê né fia?”; “Não é que eu tenha medo de morrer! Eu sei que um dia eu vou morrer! Mas eu já perdi minha mocidade INTEIRA na psiquiatria, não posso morrer agora.”;

A vocês Cecília, Salvina e Amélia (*em memória*), por me ensinarem o imensurável valor de se poder viver em liberdade.

PRISCILLA LUZ

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus;

À minha mãe Neide, por sempre me incentivar a crescer como pessoa e profissional, mesmo diante da distância física que foi necessária para o alcance deste crescimento;

À minha cunhada Andréa e “mirmão” Adriano pelo apoio constante e por acreditarem em mim;

Ao meu pai Francisco (*em memória*) por ter me ensinado a ser paciente em momentos difíceis;

À minha avó Joana e avô Jerônimo (*em memória*) pelo exemplo de vida;

À Fernanda, Bia e Maria por todo o descanso que me proporcionam quando estamos juntas;

À Marcela (Mamá), Roxie, Shay, Yeva, Melane, Suria, Dylan e Yndra por me acompanharem na reta final do curso e por trazerem cor e sabor a minha vida;

Aos meus padrinhos, Tereza e Joviano, por estarem sempre ao meu lado;

À Rebeca Alejandria que, mesmo distante, está presente em minha vida;

Aos meus grandes amigos Carla e Aluísio por fazer valer a palavra amizade;

Às minhas amigas e amigos: Vanessa Moisés, Vanessa Candida, Jane “Maria”, José Luis, Jorge, Carlos e Cris, pela fiel e revigorante amizade;

Aos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Barretos/SP pelo compromisso com o trabalho e acolhida;

Às minhas companheiras de curso Aridiane e Roberta, nunca esquecerei os momentos que passamos juntas. Vocês trouxeram leveza ao tempo vivido em São Carlos;

À equipe do Centro de Atenção Psicossocial infantil de Parelheiros, na pessoa da Cristiane Stoever, agradeço a acolhida e a compreensão do “meu momento”. Esta compreensão foi fundamental para a conclusão deste trabalho;

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFscar, Nancy, Waldir e Rose por estarem sempre dispostos a ajudar;

Às professoras doutoras do Departamento de Enfermagem da UFScar: Maria Lúcia, Cassia Irene, Gisele, Adriana, Noeli, Mônica e Carmem pelo conhecimento transmitido;

Às minhas amigas e eternas professoras Maria Cecília e Jacileide. Obrigada pelos preciosos ensinamentos sobre o cuidado em saúde mental;

À amiga e professora incondicional Cleusa Martini que, com carinho, fez a revisão deste trabalho;

À Profa.Dra. Márcia Niituma Ogata pelo apoio e compreensão. Obrigada por aceitar o desafio de me acompanhar nesta importante fase de minha vida;

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a elaboração deste trabalho e principalmente para a conclusão deste curso: **MUITO OBRIGADA!**

PRISCILLA LUZ

Para não repetir a lógica dominante é preciso adotar um novo paradigma que leve em consideração a geografia, a arquitetura, a realidade socioeconômica, a história das pessoas e de suas famílias. Neste sentido, intervir nas famílias é também intervir na ordem institucional alimentando a produção de uma nova subjetividade. A saúde mental consiste nesse processo, em que se realiza uma aprendizagem da realidade no confronto, manejo e solução integradora de conflitos.

Paulo Logullo Gonçalves.

RESUMO

Este estudo, de abordagem qualitativa, exploratória e de campo teve como principal objetivo analisar a atenção à saúde mental na perspectiva da Saúde da Família. Partiu-se do pressuposto que os profissionais das equipes de saúde da família são elos no cuidado de saúde mental e podem contribuir para o processo de consolidação do novo modelo de atenção em saúde. Por meio da entrevista semi-estruturada procura-se conhecer as concepções que estes profissionais de saúde tem sobre saúde mental no cuidado integral à saúde do indivíduo e da família; identificar como se insere o cuidado em saúde mental na atenção básica e analisar as possibilidades de inserção da saúde mental na construção da rede integralizada de cuidados. Esta análise pautou-se na integralidade do cuidado, utilizando-se também da literatura do Ministério da Saúde sobre a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente no que tange às diretrizes e princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica brasileira e de redes de atenção à saúde da família. Foram identificadas duas categorias contendo três subcategorias cada uma. Os resultados apontam que as concepções de saúde mental e cuidado integral dos profissionais são permeadas pelo sentido de normalidade condizente a capacidade resolutive de problemas da vida; capacidade de conduzir a vida sem tomar medicação e capacidade da pessoa de manter-se equilibrada. Quando a saúde mental é entendida como algo que não faz parte do ser humano as ações possíveis de serem desenvolvidas na atenção básica passam a ser insuficientes diante da idéia de que este tipo de cuidado exija intervenções especializadas. Pode-se perceber que o modelo de cuidado desenvolvido na atenção básica ancora-se no profissional de saúde e não nas necessidades que acompanham os usuários. Visualizamos a falta de conhecimento dos profissionais que atuam na atenção básica sobre os serviços e assistência especializada em saúde mental, fato que traz prejuízos para o alcance de uma rede integralizada. A análise mostrou relatos que valorizam o vínculo e confiança mútua como aliados às propostas de cuidado, manutenção do tratamento e ainda, identificação precoce de problemas relacionados à saúde mental dos usuários. A capacitação e/ou aproximação das equipes especializadas em saúde mental com a atenção básica é vista como fundamental no aumento da resolubilidade, diminuição da sensação de impotência profissional e diminuição da demanda reprimida existente nos serviços especializados. Destacam-se ainda algumas potencialidades possíveis de alcançar com a rede integralizada.

ABSTRACT

This study, exploratory qualitative approach and field had as main objective to analyze attention to mental health in the context of family health. Broke up the assumption that the professionals of family health teams are links in mental health care and can contribute to the process of consolidation of the new model on health care. Through the interview structured way seeks to meet the conceptions that these healthcare professionals has on mental health in integral care to the health of an individual and the family; identify how inserts the mental health care in basic care and examine the possibilities of integration of mental health in the construction of the Network Agent entities of care. This analysis took in the whole of the careful, using also the literature of the Ministry of health about the inclusion of mental health in basic care, especially with respect to the guidelines and principles of the SUS, of the Brazilian psychiatric reform and health care networks family. Were identified two categories containing three subcategories each. The results suggest that the conceptions of mental health and care professionals integral are permeated by a sense of normality conducive to ability Resolutive of life's problems; ability to conduct life without taking medication and ability of the person to keep balanced. When mental health is understood as something that is not part of the human being the possible actions to be developed in basic care become insufficient in the face of the idea that this kind of care requires specialized interventions. You can realize that the care model developed in basic care ancora in health professional and not on needs that accompany the users. Viewed the lack of knowledge of the professionals who work in basic attention on services and expert assistance on mental health, a fact which brings harm to the scope of a network agent entities. The analysis showed reports that value the bond and mutual trust as allies on proposals for care, maintenance treatment, and early identification of problems related to mental health of users. The training and/or approximation of teams that specialize in mental health with basic care is seen as instrumental in increasing resolubilidade, decrease the feeling of impotence and diminishing existing pent-up demand in specialized services. Are still some potential that you can achieve with the Network Agent entities.

RESUMEN

En este estudio, un enfoque cualitativo, exploratorio y de campo tuvo como objetivo examinar la atención de salud mental desde la perspectiva de la salud familiar. Se partió de la suposición de que los profesionales de los equipos de salud de la familia son los eslabones de la atención de la salud mental y pueden contribuir a la consolidación del nuevo modelo de atención de salud. A través de entrevistas semi-estructuradas trata de comprender los conceptos que estos profesionales de la salud sobre el cuidado de la salud mental en la atención de salud a individuos y familias, para identificar cómo se ajusta a la atención de salud mental en atención primaria y analizar las posibilidades de inclusión del sistema de atención de salud mental para la construcción de una red de atención. Este análisis se basó en la atención integral, utilizando también la literatura del Ministerio de Salud sobre la inclusión de la salud mental en atención primaria, especialmente en lo que respecta a las directrices y los principios del SUS, la reforma psiquiátrica brasileña y redes de atención para la salud de la familia. Se identificaron dos categorías cada una con tres subcategorías. Los resultados revelan que los conceptos de atención integral y profesionales de salud mental están permeados por un sentido de normalidad conducente a la solución de los problemas de capacidad de la vida, la capacidad de llevar una vida sin tomar la medicación y la capacidad de la persona para guardar el equilibrio. Cuando la salud mental se entiende como algo que no forma parte de las acciones humanas potencial para ser desarrollados en atención primaria son ahora escasos en la idea de que este tipo de atención requiere de intervenciones especializadas. Uno puede ver que el modelo desarrollado en la atención primaria se basa en la salud profesional y no las necesidades que acompañan a los usuarios. Visualizar la falta de conocimiento de los profesionales que trabajan en la atención primaria en los servicios y asistencia de expertos en salud mental, un hecho que causa daño a la consecución de una red de pago. Los informes de análisis mostró que el valor de los bonos y confiar unos en otros como aliados para el cuidado de propuestas, el tratamiento y el mantenimiento de la tranquila, la identificación temprana de problemas relacionados con los usuarios de salud mental. Formación y / o aproximación de los equipos de especialistas de salud mental y atención primaria se considera como fundamental en la solución de un aumento, disminución de la sensación de impotencia profesional y la disminución de la demanda insatisfecha que existe en los servicios especializados. También destacan algunos potenciales que es posible con la red de atención.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ASM – Ambulatório de Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CONASP – Conselho de Administração da Saúde Previdenciária

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DRS – Departamento Regional de Saúde

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SF – Saúde da Família

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UEPHG – Unidade de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

RESUMO	
APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	17
2. OBJETIVOS	43
4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	45
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	52
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	104
ANEXO	107

APRESENTAÇÃO

"Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão."

Nise da Silveira

Começo minha apresentação com esta frase de Nise da Silveira por ser este um dos pensamentos que tem me acompanhado em minha trajetória profissional.

Em 2005, durante o Curso de Graduação em Enfermagem, conheci um novo olhar sobre a assistência psiquiátrica, na disciplina Enfermagem no processo de cuidar III: Psiquiatria, quando então tive a oportunidade de entender aspectos que, durante minhas experiências anteriores, não fora possível nem ao menos pensar.

Com 'coragem', entendi que os conceitos predominantes na sociedade e, até aquele momento, presentes também em mim, em relação à loucura eram e são equivocados. Exemplos comuns são os pensamentos arraigados: o *louco* é perigoso, imoral, agressivo, preguiçoso, perturbador da paz urbana, entre outros.

Infelizmente esses conceitos são fortes e fazem parte da 'corrente' citada por Nise da Silveira, principalmente porque foram construídos ao longo do tempo e culturalmente estabelecidos, fazendo com que a mudança da assistência transforme-se em um grande desafio para o cuidar em saúde mental na atualidade. Aprendi que a atenção psicossocial à pessoa com sofrimento psíquico pode ser alcançada por serviços comunitários e substitutivos aos antigos hospitais.

Depois de conhecer um pouco da trajetória da psiquiatria, da reforma psiquiátrica brasileira e da reforma sanitária, passei a compreender que a ênfase na integralidade do cuidado em que a saúde mental é incorporada, é uma das possibilidades de qualificar o atendimento e favorecer o acolhimento da pessoa com transtorno mental na atenção básica.

Ainda na graduação fiz estágio voluntário em um Centro de Atenção Psicossocial por ser este um dos serviços substitutivos e, no estágio curricular, vivenciei por seis meses a dinâmica e o processo de trabalho em uma Estratégia Saúde da Família, o que me ajudou a identificar a potencialidade que os serviços de base comunitária têm no processo de reabilitação psicossocial, como também na promoção de saúde.

Já formada, trabalhei como coordenadora de enfermagem em uma Unidade de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral - UEPHG. Tive a oportunidade de participar

da estruturação e modelagem desta unidade que foi inaugurada no final do ano de 2008 e como enfermeira coordenadora, tive que ter ‘perseverança’ para navegar contra a ‘corrente’ do estigma que tanto os colaboradores da unidade em questão, quanto os colaboradores de outros setores do hospital carregavam.

Enquanto enfermeira da UEPHG não foi difícil perceber o fenômeno de reinternações frequentes de um mesmo cliente em curto espaço de tempo, o que se interpõe como desafio às tentativas de inserção da saúde mental na atenção básica.

Este fenômeno pode estar relacionado à deficiência da integralidade nas ações entre os serviços de saúde mental e os serviços de atenção básica, o que fortalece a “porta giratória” da unidade hospitalar. Estas questões me inquietaram e lancei mão de um ‘espírito de aventura’ ao propor para a equipe que trabalhava comigo um projeto de encontros entre a rede especializada em saúde mental com a rede básica de atenção, na tentativa de desvelar o fenômeno. Foi uma experiência que me possibilitou a reflexão sobre a importância da aproximação entre as equipes para o alcance da integralidade das ações.

Em 2009 fui aluna do curso de especialização em saúde mental na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Este foi um tempo que precisei de ‘paixão’ para encarar os rotineiros plantões aos domingos. Isso porque o curso era realizado todas as sextas-feiras à noite e aos sábados o dia todo. No final deste mesmo ano fui aluna do curso de capacitação em Políticas Públicas de Saúde Mental, um curso proporcionado pela parceria entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Luis Cerqueira e a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Estas experiências me ajudaram a compreender que a atenção psicossocial é parte de um cuidado integral e este deve ser entendido não como uma bandeira de luta, mas como um valor desejado e perseguido nas práticas de saúde presentes nos serviços que compõem o sistema. Diante deste contexto surgiu em mim uma inquietação para entender como estão organizadas as ações desenvolvidas na atenção básica referente ao cuidado integral e como o cuidado em saúde mental é entendido neste âmbito. Esta inquietação me ajudou a pensar no projeto que culminou nesta pesquisa.

O desenvolvimento deste estudo ocorreu no período de 2010 a 2012 e teve como objetivo analisar a atenção à saúde mental na perspectiva da estratégia prioritária da Atenção Básica: estratégia saúde da família. Para isso, contei com a ajuda da minha orientadora Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata.

Apresentarei a seguir os capítulos que configuram esta pesquisa e que demonstra o percurso realizado para alcançar o objeto proposto. A partir desta fase, tive comigo a professora Marcia Niituma Ogata, que foi orientadora neste trabalho. Por esta razão os relatos serão descritos em terceira pessoa do plural.

Capítulo 1 – O primeiro capítulo compreende quatro tópicos, são eles: *Modelos de atenção à saúde: de Oswaldo Cruz à crise da Previdência*. Trazemos uma contextualização histórica da política governamental e sua relação com o modelo de atenção à saúde; *Movimentos reformistas e modelo de atenção à saúde no Brasil*. Abordamos, de forma sucinta, dois movimentos que foram imprescindíveis para os avanços em direção a uma melhor qualidade na assistência à saúde, são eles: movimento da reforma sanitária e movimento da reforma psiquiátrica; *Sistema Único de Saúde: princípios norteadores da política de saúde e do cuidado*. Apresentamos neste capítulo o marco legal do SUS, assim como ações e serviços que favorecem a mudança do modelo de cuidado de curativo para preventivo; *Saúde mental na atenção básica à saúde: compondo a integralidade do cuidado*. Aqui, fazemos algumas reflexões sobre o desenvolvimento e fortalecimento da atenção básica; a potencialidade do trabalho realizado em rede; os novos serviços de saúde mental.

Capítulo 2 – neste capítulo apresentamos o objetivo geral e específico da pesquisa.

Capítulo 3 – diante da complexidade do tema, optamos por uma abordagem qualitativa. Todos os procedimentos realizados para contemplar este tipo de metodologia são apresentados no terceiro capítulo.

Capítulo 4 – a análise dos dados foi amparada no método conhecido como análise categorial temática. Os resultados e discussões alcançados nesta análise são apresentados neste capítulo.

Capítulo 5 – Por fim, trazemos algumas reflexões finais que não têm a pretensão de esgotar todos os questionamentos que foram surgindo na construção deste estudo.

Nosso desejo é que este trabalho provoque nos leitores outros tantos questionamentos e inquietações que sejam a base para novos estudos e reflexões, na esperança que haja uma modificação concreta e consistente nas relações que permeiam o cuidado vivenciado diariamente nos serviços de saúde.

Desejamos a você uma excelente leitura.

I. INTRODUÇÃO

Tendo em vista refletir sobre as potencialidades e os limites da inserção da saúde mental na atenção básica faz-se necessário entender as modificações inerentes aos diferentes modelos de atenção à saúde no Brasil. Para tanto, apresentamos a seguir algumas considerações sobre estes modelos, assim como eventos e cenários políticos que foram significativos nas modificações ocorridas.

I. 1. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: DE OSWALDO CRUZ À CRISE DA PREVIDÊNCIA

No Brasil, no início do século XX, as ações no campo da saúde foram lideradas por Oswaldo Cruz e suas campanhas sanitárias com vistas ao saneamento do meio. Mesmo não sendo considerada uma política nacional, estas campanhas trouxeram impactos significativos para o controle das grandes epidemias que marcaram este período. Diante da mudança no modelo socioeconômico, epidemias apareceram como consequência do aumento da imigração da população para os grandes centros, com forte expansão urbana e crescimento, associada à carência de serviços públicos de saúde e pouco conhecimento científico sobre algumas doenças (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Oswaldo Cruz foi um importante ator neste cenário ao ajudar na organização e criação de instituições de saúde e higiene. Em 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública/DNSP que trouxe mais impacto para o setor saúde no Brasil. Por meio de acordos entre os estados e o governo central, o DNSP disseminava ações de saúde para todo o território nacional com o objetivo de combater as doenças que assolavam o país. A Fundação Rockefeller (instituição americana e filantrópica que vinha atuando em vários países no controle de doenças transmissíveis) foi uma forte aliada que, além de auxiliar no combate à transmissão da febre amarela em 1921, trouxe inovações importantes que serviram de base para a elaboração do projeto sanitário (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) em 1933, sob o governo de Getúlio Vargas, foi um fato que merece destaque por trazer a lógica do direito à saúde vinculado às pessoas que atuavam nos setores que produziam, transportavam bens e riquezas (comércio, banco e indústria) e que faziam parte dos serviços que davam forma ao governo (funcionários do setor público), ou seja, que estavam vinculadas aos setores que impulsionavam a economia do país (MELO; CUNHA; TONINI, 2005).

Apesar do seu caráter excludente em que o direito a saúde é restrito a um grupo seleto de pessoas que “produziam”, fato que Santos (1979) conceituou de *cidadania regulada*, a criação dos IAPs foi vista como um avanço ao ser considerado uma forma de organizar a assistência médica no país. Os IAPs serviram de pano de fundo para a elaboração das políticas de assistência médica previdenciária. Em 1966 foi unificada no Instituto Nacional de Previdência Social/INPS, centralizou o administrativo e financeiro, além de ter uniformizado os benefícios para todos os segurados (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008 apud Santos, 1979; MELO; CUNHA; TONINI, 2005).

Ainda no governo de Getúlio Vargas, em 1941, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde. Com o golpe militar de 1945, Vargas foi deposto de seu cargo e entra em cena Eurico Gaspar Dutra, momento em que o sanitarismo campanhista alcança seu auge e ocorre a elaboração e aprovação em 1950 do Plano Salte – saúde, alimentação, transporte e energia foram os focos de investimento. Getúlio Vargas volta ao poder em 1951 e o sanitarismo desenvolvimentista foi o pensamento que regeu as ações de saúde nesta época. Um marco deste período foi a criação em julho de 1953 do Ministério da Saúde. Em dezembro de 1963 sob a presidência de João Goulart, aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de analisar a situação sanitária do país e aprovar alguns programas de saúde que viessem ao encontro das necessidades do povo brasileiro com vistas ao desenvolvimento econômico. Nesta Conferência as questões relacionadas à municipalização das ações médico-sanitárias, ainda que de uma forma incipiente, ganharam espaço e o médico sanitário Mario Magalhães, em nome do Ministério da Saúde, apresentou o seu Plano Nacional de Saúde.

A assistência em saúde mental, assim como a saúde coletiva, foi influenciada tanto pelas modificações políticas, econômicas e sociais que aconteceram no Brasil e em outros países, quanto por alguns acontecimentos específicos que, por a sua relevância, abordaremos de forma sucinta.

Na França em 1793, surgiu um médico que é considerado o pai da psiquiatria por ser o protagonista, do que alguns autores classificam como a primeira Reforma Psiquiátrica. Philippe Pinel classificou os sintomas que acometiam as pessoas consideradas “loucas” e assim a psiquiatria passa a ser entendida como prática médica. Grandes hospitais foram criados para o tratamento desta nova doença, assim, os ditos loucos deixaram os porões das Santas Casas de Misericórdia e passaram a ocupar os hospícios (VENÂNCIO, 2003; RIBEIRO; POÇO, 2007).

Tanto na França, como na Europa e Estados Unidos houve uma proliferação desses locais de tratamento. Em 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro o primeiro hospício

brasileiro. O tratamento constituía-se no isolamento, organização do espaço ‘terapêutico’, vigilância e distribuição do tempo. Não diferente dos outros locais, a proliferação dos hospícios aconteceu também no Brasil, principalmente na década de 1960, sendo a internação asilar considerada por muito tempo o único dispositivo para cuidado psiquiátrico, porém o aumento no número de leitos não trouxe modificações para a qualidade do cuidado (VENÂNCIO, 2003; RIBEIRO; POÇO, 2007).

Nos anos 1910-1920, a base da terapêutica estava nas colônias agrícolas; nas décadas de 1940 e 1950 predominaram as terapias biológicas: eletroconvulsoterapia; lobotomias e terapias insulínicas. A década de 1950 foi permeada pelos progressos farmacológicos, assim, os novos medicamentos foram os recursos terapêuticos predominantes (VENÂNCIO, 2003; RIBEIRO; POÇO, 2007).

Em 1960 havia quase cem mil leitos psiquiátricos no Brasil. Esta foi uma época conhecida como ‘a indústria da loucura’. Isso porque houve um aumento expressivo nas instituições asilares privadas, que apesar de não terem práticas assistenciais diferenciadas, possuíam melhor estética em suas acomodações. O interesse econômico, e não a qualidade na assistência foi o principal incentivo para os empresários. As práticas continuavam permeadas por abusos tanto ao indivíduo quanto aos diagnósticos incertos que respaldavam a longa permanência nestas instituições. O regime militar que vigorava nesta época não abria espaço para nenhum questionamento político e social, mesmo a segregação e abandono não podiam ser questionados (VENÂNCIO, 2003; RIBEIRO, POÇO, 2007).

No ano de 1967, sob regime militar aconteceu a 4ª Conferência Nacional de Saúde que foi presidida pelo então Ministro da Saúde Leonel Miranda. Entre os temas abordados esteve a responsabilidade das universidades e escolas de nível superior na formulação e desenvolvimento de políticas públicas de saúde (SCOREL, 2008; MERHY, 2007).

Buscando um relacionamento entre a produção de conhecimento e a prática política, as bases universitárias – a academia – tomaram o campo das políticas públicas como arena privilegiada de atuação e, neste sentido, o movimento sanitário começou a constituir-se como tal (Scorel, 2008 p. 397).

Este é um fato que Paim (1981) destaca como importante, pois ao entrar nesta arena a academia contribuiu com as bases teóricas que estruturariam as políticas públicas de saúde por meio dos estudos de dois grandes nomes da academia, são eles: Cecília Donnangelo com a tese “Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho” e Sergio Arouca com a tese “O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva” (SCOREL, 2008).

De 1974 a 1979 o Brasil esteve sob o governo do general Geisel e neste período foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde e o tema central “Sistema Nacional de Saúde” refletiu os objetivos desta conferência que era justamente o de elaborar uma política nacional de saúde. A partir desta conferência o Ministério da Saúde se preocupou em expandir a cobertura para áreas rurais, além de disseminar os programas já existentes como vigilância epidemiológica, imunização e assistência materno-infantil por meio da criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). A 6ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada no ano de 1977, ainda sob o governo de Geisel e abordou assuntos sobre as grandes endemias, sobre como operacionalizar as leis até então aprovadas sobre as questões relacionadas à saúde, além de política nacional e das ações do PIASS, programa que objetivou a extensão da cobertura e uniu o pensamento sanitário desenvolvimentista com a assistência médico-social (SCOREL, 2008).

Segundo a autora supracitada, as modificações advindas no governo Geisel transcendem a troca de um modelo de assistência a saúde por outro, ocorrendo transformação no cenário político. Isso porque neste período surgiu um movimento conhecido como Movimento Sanitário, que trazia consigo uma nova forma de pensar saúde, um olhar diferenciado que considera o social além do biológico para enfrentar problemas de saúde e com ações e propostas transformadoras, o que fez com que este movimento ganhasse força política.

Na mesma época, familiares, usuários e trabalhadores de saúde mental se organizaram para lutar por uma assistência psiquiátrica mais humanitária, já que o cenário em psiquiatria, não diferente do cuidado em saúde, era composto de exclusão, abusos de poder e maus tratos. Este movimento ficou conhecido como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, atualmente nomeado de Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e ganhou notoriedade em 1987 ao participar ativamente na I Conferência Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1995).

O final da década de 1970 foi marcado também pela profunda crise financeira não só da Previdência Social como também do Brasil. A anistia política foi declarada pelo então presidente General Figueiredo (1979-1985) que no início de seu governo, além de declarar a anistia comprometeu-se em continuar em busca da democratização do país. Porém, no final do deste governo, diante da grande crise que além de econômica, era social e moral, aconteceu a manifestação em massa mais intensa da história do Brasil reivindicando que a eleição para a presidência fosse de forma livre e direta, movimento que recebeu o nome de ‘Diretas Já!’ (SCOREL, 2008).

No final desta mesma década foi realizada em Alma-Ata, cidade da antiga União da República Socialista Soviética, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, evento que resultou da insatisfação e protestos de diversas partes do mundo em relação à organização do modelo de saúde biomédico hegemônico e intervencionista que vigorou na década de 1960 e 1970 em muitos países. A conferência foi o cenário onde a necessidade emergente dos governos e trabalhadores da área da saúde e desenvolvimento de todo o mundo foi expressa com o intuito de juntos buscarem meios para a promoção da saúde mundial (OPAS, 1978).

Neste evento foi formulada uma declaração mundialmente conhecida como “a Declaração de Alma-Ata”. Entre os pontos de destaque da declaração, está o direito fundamental à saúde; o direito dos povos de participar do planejamento e ação de cuidados em prol da sua saúde; a responsabilidade dos governos na adequação de medidas sociais e sanitárias para o alcance da saúde de sua população e o foco no cuidado primário como chave para o alcance da saúde para os povos. Devido a seu baixo custo, poder de resolubilidade e prevenção, o cuidado primário foi incentivado. As diretrizes e princípios que seriam os regentes desta nova proposta de cuidado também estão presentes na declaração (OPAS, 1978).

Assim, a conferência de Alma-Ata evidenciou a importância dos cuidados primários de saúde, devido à complexidade de ações, atores, setores e serviços envolvidos na busca por melhor qualidade de vida para os povos.

Uma ousada meta foi divulgada nesta conferência em que a proposta era alcançar “Saúde para Todos no Ano 2000”. Apesar de não ter sido plenamente alcançada no ano 2000, esta meta influenciou e fortaleceu as discussões sobre assistência à saúde que começavam a ganhar espaço no Brasil.

Um dos sinais que evidenciou esta influência aconteceu ainda no governo de Figueiredo com a realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1980. Esta conferência teve como objetivo discutir o desenvolvimento e aprovação do PREV-SAÚDE que buscou a organização da rede de atenção a saúde além de “integrar, ou pelo menos articular, os ministérios da Saúde e da Previdência e a Assistência Social a partir dos serviços básicos de saúde” (SCOREL, 2008, p. 419). O PREV-SAÚDE teve uma forte influência da experiência obtida com o PIASS e buscava a universalização do acesso aos serviços de saúde e aumento na resolubilidade da maior parte dos problemas. Por favorecer o setor público e ser uma estratégia democratizante devido a inclusão da participação popular, o programa foi

reformulado 12 vezes e por fim, engavetado. O tema desta conferência foi ‘Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos’ (ESCOREL, 2008; MERHY, 2007).

Além disso, as influências da psiquiatria democrática italiana, bem como a queda do regime militar e conseqüente redemocratização no Brasil, fizeram da década de 1980 um terreno fecundo para novas práticas de intervenções e lutas por mudanças nas políticas públicas de saúde mental (PELISOLI; MOREIRA, 2005).

Algumas sementes foram lançadas neste terreno e, com muito trabalho, propiciaram colheitas que trouxeram modificações, não só para organização e assistência em saúde coletiva, como também à organização e assistência em saúde mental/psiquiatria.

Em 1981, diante da profunda crise da previdência social, que neste momento se tornou pública, foi criado o Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que estabeleceu por meio da portaria MPAS 3.046/82 alguns parâmetros de assistência como o número de consultas médicas e exames. Formado por 33 projetos, o ‘Plano CONASP’ foi criado na tentativa de reorientar a assistência à saúde vinculada a Previdência social. O Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) foi um desses projetos e começou a ser implantado em alguns Estados no ano de 1983 sendo o seu objetivo a universalização do acesso. Neste período a assistência a saúde deixa de ser vinculada apenas aos trabalhadores que tinham vínculo formal com a previdência. Um ano depois o PAIS é redimensionado e transformado em Ações Integradas de Saúde – AIS, que consistiu numa “estratégia de reorientação setorial que privilegiava o setor público e visava a integração interinstitucional, descentralização e democratização” (ESCOREL, 2008, p. 422). Neste momento dois conceitos fundamentais para a atual política de saúde entraram em cena: universalização do acesso e descentralização.

O ano de 1986 foi palco para a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Considerada a conferência mais importante realizada até o momento, teve como foco principal de discussão a Reforma Sanitária que trouxe consigo as propostas de unificação do sistema de saúde; ampliação do conceito de saúde para além da não existência de doença, sendo a saúde um direito do cidadão a ser respeitado e cumprido pelo Estado e ainda uma instância onde houvesse a oportunidade da participação popular e uma nova forma de financiar o sistema, ou seja, propostas que buscavam modificar tanto de forma jurídica quanto política as abordagens sobre saúde. Estas propostas foram discutidas e aprovadas diante de um público de aproximadamente cinco mil pessoas. Esta conferência é considerada um marco na saúde pública vigente no país, pois a partir daí as propostas da rede básica tornaram-se mais

complexas do que as formuladas até então (ESCOREL, 2008; MELO; CUNHA; TONINI, 2005; MERHY, 2007).

[...] a rede básica teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança nos sentidos das práticas (MERHY, 2007, p. 224).

Nesta Conferência, o modelo assistencial psiquiátrico é avaliado e considerado excludente, fato este que impactou a sociedade e reforçou o caminho emergente rumo a modificações.

Em 1987, diante dessas e outras modificações e influências o Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS foi regulamentado e seguiu ganhando espaço no país devido ao comprometimento dos gestores políticos locais. O SUDS tinha como princípios a universalização, integralidade dos cuidados assistenciais e equidade no acesso; descentralização, integração e regionalização dos serviços; implantação de distritos sanitários; constituição e desenvolvimento de colegiados gestores das ações (ESCOREL, 2008; MELO; CUNHA; TONINI, 2005). O SUDS trouxe um novo formato técnico, administrativo e político à organização da assistência à saúde pública no Brasil e precede a chegada do atual Sistema Único de Saúde – SUS.

A Constituição de 1988 foi um cenário de espaço para elaboração de leis sociais. Trabalhadores em saúde mental e sociedade se organizaram para reformular a assistência psiquiátrica, buscando um novo estado de direito à pessoa com transtorno mental. Foram realizadas várias Conferências de Saúde Mental em todo o país para fomentar e fortalecer estas discussões. A municipalização e a criação de conselhos de saúde advindos da efetivação do SUS foram instrumentos para desconstrução do modelo asilar (AMARANTE, 1994, 1995; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a; RIBEIRO; POÇO, 2007).

Por defender e garantir os direitos humanos, esta Constituição ficou conhecida como a constituição cidadã, foi elaborada com base em todas as discussões fomentadas no país até este momento. A saúde é um dos direitos sociais que esta constituição garante. Em seu artigo 196 a saúde passa a ser direito de todos a ser garantida pelo Estado para a diminuição dos riscos de doenças e agravos, sendo este o provedor do acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde a todo cidadão. Esta Constituição trouxe ainda algumas atribuições ao Sistema Único de Saúde, como também diretrizes sobre financiamento, ações, competências e outras questões que indicavam como este sistema deveria ser estruturado (BRASIL, 2006a).

Diante destes avanços, ou como parte deles, em 1989 foi criado um projeto de Lei de autoria de Paulo Delgado que propõe na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, a substituição do modelo focado na internação hospitalar exclusiva. Os interesses financeiros dos ditos “empresários da loucura” fizeram com que se passassem doze anos para que a proposta fosse então aprovada na lei 10.216 de 2001 que garante os direitos da pessoa com transtorno mental a ser tratada com dignidade, protegendo-a contra qualquer tipo de abuso. Além disso, propôs a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços comunitários. A família, o trabalho e a comunidade ganham destaque com a nova lei. O tratamento a pessoa com transtorno mental passa a ser feito preferencialmente em serviços substitutivos abertos e comunitários. Entre eles estão o Centros de Atenção Psicossocial, o Hospital-dia e os Serviços Residenciais Terapêuticos (AMARANTE, 1994, 1995; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a; RIBEIRO; POÇO, 2007).

Enfim, após inúmeras discussões de negociação, a lei que unifica o sistema médico previdenciário ao Ministério da Saúde e regula tanto as ações como os serviços de saúde que as executarão, sob o governo do então presidente Fernando Collor de Melo, foi promulgada em 19 de setembro de 1990 e nomeada de Lei Orgânica da Saúde de número 8.080. Em 28 de dezembro do mesmo ano a lei 8.142 surgiu para complementar e garantir o que fora vetado na Lei 8.080/90, assim teve início a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. A regulamentação do SUS pressupõe não o término de uma tarefa, mas sim o início de novos embates, desafios e superações para que a formulação teórica do sistema seja operacionalizada nas ações diárias dos serviços (BRASIL, 2006a; NORONHA, LIMA, MACHADO; 2008).

A descentralização e universalização do acesso foram duas características que marcaram a década de 1990. Mudanças importantes na política nacional do país aconteceram neste período, principalmente no que se refere à atenção básica a saúde. Castro e Machado (2010) relacionam as transformações ocorridas neste período ao aumento do investimento para a área que proporcionou uma ampliação do acesso. Associado a isso, ou como parte destas transformações houve um aumento das responsabilidades tanto do Estado, quanto dos municípios sobre a execução das ações desenvolvidas nos serviços de saúde.

I. 2 MOVIMENTOS REFORMISTAS E MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Tanto o Movimento da Reforma Sanitária, quanto o da Reforma Psiquiátrica, apesar de suas particularidades, surgiram em um mesmo momento histórico de contestações políticas e culturais. Com a queda da ditadura militar e a articulação entre os movimentos sociais e movimento dos trabalhadores, foi possível o desenvolvimento de mudanças nas estruturas dos serviços, assim como houve uma abertura na reflexão-crítica sobre algumas práticas que necessitavam ser reformadas.

As conquistas e avanços para a unificação do Sistema de Saúde no Brasil a partir da década de 1970 foram permeados pelo Movimento Sanitário que, além de ter participado na campanha conhecida como 'Diretas Já', trabalhou de forma intensa para que o setor saúde fosse mais democrático e houvesse uma melhor qualidade na assistência. Os conceitos de integralidade, equidade e universalidade foram defendidos por este movimento que buscava uma reforma para o setor saúde com foco sanitário, o que traria prevenção e consequente diminuição de custos, além de satisfação para a clientela assistida (SCOREL, 2008; RIBEIRO; POÇO, 2007).

Movimento sanitário é entendido como “um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” que atuam por meio de práticas teóricas, ideológicas e política na busca de construir conhecimento, transformar relações sociais e consciências, ou seja, a atuação do movimento abrange várias dimensões e práticas sociais, incluindo as práticas de saúde (SCOREL, 1988, p.5, apud FLEURY, 1997). Este projeto com foco em transformações consistentes objetivando repensar práticas, levando em consideração os determinantes sociais para se pensar e buscar saúde, democratizar e garantir o atendimento que deu origem ao processo nomeado de Reforma Sanitária.

A reivindicação mais expressiva deste movimento foi a universalização do acesso aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que buscou a universalização do acesso adotaram a idéia de qualidade de vida de indivíduos, comunidades e populações para obter melhores condições de saúde. Com o tempo, estes aspectos passaram a ter tal importância para a saúde que superaram a ênfase dada aos recursos terapêuticos da época. Principalmente quando tais recursos não influenciavam na diminuição de morbimortalidade ou melhora das condições de saúde (PORTO; GARRAFA, 2011).

A relação qualidade de vida/promoção de saúde trouxe consigo a necessidade de introduzir questões de ordem subjetiva que acompanham os sujeitos que vivenciam o processo de adoecer. Fato que torna possível uma análise qualitativa em saúde, a qual considera não só as questões de ordem fisiológicas/biológicas, mas também as questões de

ordem comportamentais e as estratégias de enfrentamento adotadas por determinado sujeito ou população frente ao processo de adoecimento (PORTO; GARRAFA, 2011).

A Reforma Sanitária influenciou o entendimento de que outras dimensões como renda, habitação, educação, dentre outras, devem ser percebidas como fatores condicionantes no processo de adoecimento, fato que trouxe a necessidade da incorporação de outros campos de conhecimento como: ciências sociais, geografia, ciências humanas e até urbanismo nas discussões e elaboração de estratégias para se pensar e promover saúde (PORTO; GARRAFA, 2011).

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) – que abordaremos mais adiante – foi uma conquista da luta do movimento sanitário. Com o sistema instituído, o movimento sanitário pode então voltar seu foco de atenção para a prática assistencial que seria desenvolvida nos serviços pertencentes ao SUS. Isso porque, a mudança do arranjo institucional com a conquista do SUS, assim como o fato da gestão do sistema ser realizada por militantes do movimento sanitário que ocupavam cargos de gestão, não significou necessariamente uma melhor qualidade das práticas assistenciais (FERREIRA NETO et al, 2011). Porém, as atuações do movimento sanitário tiveram um foco maior na reorganização estrutural dos serviços de saúde. Com isso, unidades de saúde foram construídas em todo o país, procurando favorecer o acesso da população aos serviços.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica, diante das crescentes críticas ao modelo hospitalocêntrico de atendimento em saúde mental, ao mesmo tempo em que as práticas de violência e exclusão do hospital psiquiátrico tornaram-se evidentes e insuportáveis, direciona o seu olhar e o planejamento das suas ações para o sujeito. Para tanto, investiu na desconstrução do aparato manicomial e na modificação da relação de poder entre as pessoas relacionadas ao cuidado da pessoa com transtorno mental por meio de serviços substitutivos (BRASIL, 2003; 2004). O objetivo era não apenas o sair do hospital, mas, principalmente, a reinserção na sociedade, por meio de uma rede de serviços que favoreça a atenção psicossocial e a reestruturação da autonomia do paciente psiquiátrico, agora, usuário dos serviços de saúde mental.

A desinstitucionalização gera a grande necessidade de serviços substitutivos, dentre os quais tem-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS's tem por finalidade direcionar as políticas e os programas de saúde mental em sua área de abrangência, por meio de projetos terapêuticos singulares. Tais serviços foram um ganho da Reforma Psiquiátrica brasileira e constituem um lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais que necessitem de cuidados intensivo, comunitário e personalizado. Realizando

acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, os projetos preocupam-se com o sujeito em sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) em análise à desinstitucionalização ocorrida na Europa e Estados Unidos na década de 1960, observaram a existência dos ditos “novos crônicos” produto do circuito fragmentado de assistência que o novo sistema de saúde mental apresenta e produz. Enquanto na instituição total havia uma ‘estática’ que cronificava, agora a dinâmica circulação dos sujeitos nos serviços especializados que atuam de forma pontual e fragmentada re/produz uma nova cronificação. Fato que causa impotência aos profissionais que atuam nestes novos serviços, assim como retroalimenta os serviços de internação.

Na sua criação, estes serviços, propunham-se a superar a lógica da institucionalização e exclusão das pessoas acometidas com transtornos mentais, assim como ampliar o foco do cuidado de uma perspectiva reducionista focada no controle dos sintomas para uma perspectiva de cuidado integral, em que o psíquico, biológico e social fosse considerado na elaboração do plano de cuidado. A ampliação e solidificação destes serviços substitutivos fazem parte de um processo que, apesar dos avanços consolidados principalmente após a aprovação da lei 10.216/01, ainda precisa de mais tempo para alcançar a qualidade da assistência que almeja e diminuir o risco de produzir o que alguns autores chamam de “nova cronicidade”, ou seja, novas formas de institucionalização dentro dos serviços que, teoricamente, foram criados para desinstitucionalizar (PANDE; AMARANTE, 2011, MIELKE et al., 2009).

I. 3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS NORTEADORES DA POLÍTICA DE SAÚDE E DO CUIDADO

O título II da lei 8.080 diz que o Sistema Único de Saúde se constitui por um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 2006a, p. 11). Diz ainda que um dos objetivos deste Sistema é universalizar o acesso e prestar assistência às pessoas por meio de ações que, de uma forma integrada, proporcionem promoção, proteção e recuperação da saúde, como também o desenvolvimento de atividades com foco preventivo. Além disso, a “assistência terapêutica integral” está incluída em seu campo de atuação (BRASIL, 2006a).

O conceito de saúde incorporado pelo SUS considera fatores condicionantes e determinantes na qualidade de vida e saúde da população. Entre estes fatores estão renda, habitação, condições socioeconômicas e ambientais. Esta forma ampliada de olhar o processo saúde/doença favoreceu o desenvolvimento de três diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde – básica, média e alta – que buscam a promoção, prevenção e recuperação da saúde e são preconizados pelo sistema (PORTO; GARRAFA, 2011; MELO; CUNHA; TONINI, 2005).

O SUS é estruturado por meio de princípios e diretrizes que foram elaborados objetivando orientar e operacionalizar o Sistema. Segundo o novo dicionário Aurélio da língua portuguesa, (1999) a palavra *diretriz*, se refere ao “conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, um negócio” e a palavra *princípio* indica o “momento ou local em que algo tem origem” (FERREIRA, 1999).

As diretrizes que indicam o plano de ação para a operacionalização e a forma de organização do SUS foram previstas no art. 198 da Constituição Federal e são três: descentralização; atendimento integral e participação da comunidade. O *atendimento integral* deve ser realizado por um mix de ações preventivas e assistenciais com prioridade para a primeira (BRASIL, 2006a).

A palavra *integralidade* está presente tanto nas diretrizes quanto nos princípios que sustentam o Sistema Único de Saúde. O princípio de número dois diz respeito à “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2006a, p. 13).

Porto e Garrafa (2011) ressaltam que, para além das discussões de universalizar o acesso e descentralizar os serviços de saúde, é necessário o compromisso com a melhora da qualidade da assistência oferecida para que o sistema seja efetivo.

A transformação na qualidade da assistência, gradativamente, foi se tornando condição indispensável para que as idéias e valores presentes no bojo da reforma sanitária avançassem. Ligado a este avanço, ou como estratégia para seu alcance, está o valor no conceito de subjetividade associado a um âmbito coletivo e individual, com processos relacionados entre si, ou seja, a busca do entendimento de como a prática assistencial acontece no cotidiano dos sujeitos que estão relacionados a ela, sejam estes profissionais ou usuários (FERREIRA NETO et al, 2011).

Porto e Garrafa (2011) enfatizam que, ao tomar a qualidade da assistência como parâmetro de análise da saúde, houve a necessidade de abrir uma discussão sobre as questões

que envolvem a subjetividade neste campo. Para tanto pressupostos e técnicas de análises – como as técnicas da antropologia – foram incorporadas na tentativa de identificar a subjetividade expressa em comportamentos, símbolos e crenças que envolvem o campo da coletividade.

I.3.1 INTEGRALIDADE COMO EIXO NORTEADOR DA ATENÇÃO À SAÚDE

Por ter a integralidade presente nos objetivos deste estudo, nos deteremos um pouco neste conceito, na tentativa de compreender os elementos que se relacionam a ele na configuração do novo modelo de atenção a saúde.

A integralidade relacionada a não fragmentação do indivíduo, ou seja, ao reconhecimento de que cada pessoa é indivisível e integrante de uma comunidade chega ao Brasil por influência das discussões com origem nos Estados Unidos pelo movimento da medicina integral. Este movimento criticava a postura médica em considerar os pacientes de uma maneira cada vez mais fragmentada, o que, por sua vez, reduzia o indivíduo às dimensões biológicas, desconsiderando as dimensões psicológicas e sociais que são inerentes a pessoa humana. Postura esta que se relacionava aos ensinamentos que os currículos das escolas de medicina proporcionavam na época. Este reducionismo favorecia a prática ancorada na relação queixa/condução (MATTOS, 2001; 2003).

O movimento da medicina integral se associou ao movimento da medicina preventiva, também oriunda dos Estados Unidos, que lançava duras críticas a saúde pública tradicional que vigorava no país. O movimento preventivista se configurou a base da Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento que nascia na década de 1970 no Brasil. Assim, a superação das práticas curativistas e fragmentadas que permeavam a racionalidade médica se faz indispensável para o alcance de uma postura com foco integral (MATTOS, 2003).

Além disso, a integralidade deve transcender a mudança de postura médica e ser defendida por todos os profissionais que compõe a equipe de saúde como um *valor*.

A postura médica que se recusa a reconhecer que todo o paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável. Nesse sentido, a meu ver cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram (MATTOS, p.48, 2001).

Ainda segundo este autor, a defesa de um atendimento integral, que vá contra a lógica de fragmentação do cuidado, não implica no abandono ou na subvalorização das especialidades, pelo contrário, o uso do conhecimento especializado deve fazer parte de um atendimento integral, porém, deve ser orientado por um olhar amplo sobre as necessidades que acompanham os usuários atendidos pelo SUS.

Nesta mesma direção Porto e Garrafa (2011) salientam que a falta de resultados positivos nos índices de saúde deixou evidente a limitação da medicina tradicional curativista e assim houve a necessidade de incorporar outros aspectos relacionados a melhora da qualidade de vida dos sujeitos e assim potencializar a busca de um cuidado integral que logre produção de saúde.

Além da dimensão “pessoal” da integralidade em reconhecer os clientes como pessoas únicas, indivisíveis e integrantes de uma família que, por sua vez, integra uma comunidade, a integralidade deve estar presente na relação entre os serviços que compõe a rede de atenção à saúde, considerando que os serviços de saúde são espaços em que a integralidade se materializa (PINHEIRO; LUZ, 2003). O usuário deve ser atendido por um sistema integral, um sistema que possa oferecer a promoção, proteção e recuperação da saúde dependendo da necessidade apresentada pelo usuário.

Para compreender sobre como esta integralidade foi pensada nos apoaremos novamente no princípio da integralidade presente no art.7 da lei 8.080/90 em que a integralidade se faz por meio de uma articulação entre os serviços de diferentes níveis de complexidade de forma contínua. Desta forma o usuário, dependendo de sua necessidade, será atendido pelo sistema que favorecerá o acesso aos outros níveis de complexidade de atenção. Assim, a integralidade se faz possível ao proporcionar um cuidado transversal, promovendo assim resolubilidade diante do problema de saúde apresentado pelo indivíduo (BRASIL, 2006a; CECÍLIO, 2001).

Mattos (2001) ao refletir sobre ‘os sentidos da integralidade’ deixa claro que não é difícil identificar que o sofrimento inerente a uma doença vem acompanhado de outras necessidades e a intervenção reducionista pautada apenas no combate às manifestações clínicas prejudicam o que o autor chama de a “marca maior da integralidade”, o alcance da compreensão do conjunto de ações e serviços adequados para suprir as necessidades de saúde que o usuário realmente precisa e que muitas vezes está ‘escondida’ atrás de sinais e sintomas (MATTOS, 2001, p. 50).

A integralidade da assistência além de ser entendida como a articulação e continuidade das ações nos diferentes níveis de complexidade dos serviços do sistema, relaciona-se também

com a capacidade do profissional de saúde em identificar quais os serviços, as necessidades e as ações de saúde que os usuários do SUS precisam. Faz-se necessário uma ampliação da clínica, ou seja, valorizar as dimensões sociais e subjetivas que vão além dos sintomas da doença e que fazem parte do sujeito que busca o cuidado em saúde (Brasil, 2006b; Mattos, 2001; Brasil, 2003).

Para isso, faz-se necessário resgatar alguns conceitos inerentes ao cuidado integral, entre eles: autonomia, sujeito, subjetividade e escuta.

Para Ferreira Neto et al (2011) a valorização do sujeito e sua subjetividade passam a ter uma ligação estreita com o avanço ou retrocesso da reforma. O avanço, no caso, relaciona-se principalmente com o reconhecimento de dois atores fundamentais em todo o processo de reformista: trabalhador e usuário. Na saúde, a noção de sujeito frequentemente se relaciona com o “agente coletivo, ou ator, da mudança social” (FERREIRA NETO et al.; 2011, p. 834). O sujeito passa a ser o protagonista ativo nas questões que se relacionam com sua saúde.

Tesse, Poli Neto e Campos (2010) se respaldam na obra de Illich e Canguilhem para refletir sobre a questão da autonomia do sujeito nas práticas de saúde. Apropriaram-se do que Illich chamou de contraprodutividade para demonstrar que, quando uma ferramenta, seja ela tecnológica ou social, é utilizada em excesso, pode produzir iatrogenias culturais e/ou sociais, ou seja, o resultado obtido com a ação de determinada ferramenta é o oposto do esperado. Segundo os autores, a contraprodutividade consequente da ação médica, faz com que este sujeito “autônomo” se torne um consumidor compulsivo e dependente de tecnologias e especialidades médicas.

Uma autonomia paradoxal que, ao invés de produzir liberdade, produz dependência e diminuição da capacidade do sujeito de conduzir e “agir sobre a vida e sobre o meio para manter, resgatar e ou ampliar a saúde e a liberdade vistas como coeficiente de liberdade vivida e capacidade de instituir normas vitais”. A autonomia, que responsabiliza o sujeito por sua saúde, é incentivada ao mesmo tempo em que a dependência por tecnologias e informações médicas é progressivamente entendida como necessária para esta sociedade que os autores chamam de “sociedade dos riscos” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010 p. 3617).

Para Campos (2000) o objeto da intervenção nas doenças ou nas situações que favorecem o seu aparecimento, tanto no indivíduo como no ambiente, produz controle ao mesmo tempo em que buscam a produção de saúde. Nesta mesma direção Abrahão, Martins e Geisler (2008) enfatizam que os modelos de gestão que almejam e incentivam a autonomia do sujeito no processo de cuidar concomitantemente buscam o controle deste processo, pois as

unidades que prestam assistência nesta área são caracterizadas pelo poder decisório dos técnicos que operam estes serviços. É evidente que a autonomia existente nestas unidades quanto ao poder de decisão, e este se limita aos profissionais do serviço.

Na busca de superar esta limitação Campos e Amaral (2007, p. 852) propõem a ampliação da clínica com o que nomearam de “clínica do sujeito”. O entendimento do conceito de autonomia nesta perspectiva relaciona-se não a independência do sujeito, mas sim a um aumento da capacidade deste sujeito autônomo de lidar com o sistema e a rede social em que ele esteja inserido e, de certa forma, dependente. A avaliação do grau desta autonomia esta condicionada ao aumento da capacidade que este sujeito tem de lidar e compreender as questões que se relacionam ao processo de saúde/doença da sua própria vida, assim como as questões sobre o mundo que o cerca.

Nesta mesma direção foi implementada a Política Nacional de Humanização/PNH a qual tem, como uma de suas propostas, “uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos e da ampliação da atenção integral à saúde” (BRASIL, 2004, p.19). Desta maneira o sujeito deixa de ser considerado como um agente passivo que apenas acata as prescrições e orientações da equipe de saúde e passa a ser um ator ativo em todo o processo de produção de saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Ayres (2001) ao refletir em uma perspectiva filosófica sobre a noção de sujeito levamos a pensar na identidade desta pessoa à qual se destinam nossas práticas assistências. De acordo com este autor o discurso sobre o sujeito na saúde coletiva é permeado por traços que atribuem singularidades a este ser que tem autenticidade, valores e necessidades próprias às quais será o alvo das equipes de saúde.

Além da identidade, este sujeito traz consigo uma capacidade de transformar sua história, fato que o autor nomeou de “ação transformadora” (AYRES, 2001, p. 65). Tanto a busca por ‘descobrir as reais necessidades de saúde da população’, quanto a idéia de que as equipes de saúde devem trabalhar para que este sujeito que é assistido ‘tornem-se sujeitos de sua própria saúde’ são, considerados pelo autor frases fáceis de serem ouvidas no campo da saúde, porém, ausente de sentidos. Esta concepção de sujeito faz parte do pensamento sanitário e, segundo Ayres (2001) “não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade” (AYRES, 2001, p. 65).

A tarefa, de produzir saúde e ao mesmo tempo sujeitos deve, ser embasada pela construção de trocas solidárias, em que as ações humanizadoras contagiem os profissionais, os usuários e os gestores (BRASIL, 2004). Quando se busca produzir saúde é necessário ter em mente o que é produção. Um dos objetivos da área da saúde é justamente a produção de

saúde. Neste sentido, concordamos com Campos (2000, p.58) quando diz que “toda produção é uma co-produção em que o produtor é também modificado pelo produto”. Os atores envolvidos no processo de produção de saúde e o movimento existente no ato da produção não devem ser subestimados. Ao mesmo tempo em que buscam a produção de saúde, os sujeitos são transformados pelo ato da busca.

Recorremos novamente a Ayres (2001) na tentativa de entender o sujeito e esta dimensão dialógica existente em suas relações. O autor afirma em seu ensaio sobre sujeitos, intersubjetividades e práticas de saúde que “sujeitos são diálogos” (2001, p. 68). Ou seja, o sujeito só se faz sujeito por meio da linguagem, do diálogo com o outro, das trocas. A relação entre sujeito e profissional da saúde é permeada pelo estabelecimento de um diálogo em que o profissional anseia expor suas competências e talentos na tentativa de conduzir este sujeito em direção à saúde. O grande problema é que, segundo o autor, os profissionais têm a tendência de considerar este sujeito um ser acrílico, proveniente de um universo neutro e/ou errôneo (AYRES, 2001).

Deste modo, o conteúdo ou o norte do discurso profissional terá sempre um tom corretivo, recheado de normas que buscam controlar as ações deste sujeito sobre a sua saúde. Este tom normativo distancia o reconhecimento da subjetividade e do entendimento de que este sujeito, que é a razão da prática profissional, sonha para a sua vida e conseqüentemente para a sua saúde. Distanciamento este que fatalmente fragmenta o cuidado e reduz as práticas de saúde ao mero controle da doença (AYRES, 2001).

A não fragmentação das práticas pressupõe o reconhecimento da subjetividade e conseqüentemente integralidade deste sujeito que demanda cuidado. Para dar conta da complexidade de um cuidado subjetivo e integral, faz-se necessário o envolvimento de diferentes olhares oriundos de distintos, porém, complementares campos de conhecimento. Uma direção transdisciplinar vem como resposta a estas questões emergentes no desenvolvimento do novo modelo de atenção em saúde.

Apesar de fazer parte dos pensamentos e valores defendidos e debatidos pelo movimento da reforma sanitária, a subjetividade, conceito próprio das ciências humanas chega à saúde coletiva enquanto questão conceitual a partir da década de 1990 para permear as práticas de saúde e assim melhorar a qualidade da assistência. Este conceito traz consigo a necessidade de “operar revezamentos para fazer funcionar determinadas práticas em saúde, fossem de construção do próprio sistema de saúde, fossem de desenvolvimento da ação assistencial, ou de diretriz política do trabalho” (FERREIRA NETO, et.al.; 2011 p. 832).

A identificação desta subjetividade veio acompanhada da necessidade de aprofundar esta análise, entendendo o valor tanto dos padrões simbólicos quanto os comportamentais expressos no coletivo. Para suprir esta necessidade o conhecimento filosófico foi agregado ao campo da saúde. Esta junção nos campos de conhecimentos permitiu uma análise mais profunda da saúde coletiva e com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população por meio de propostas que tragam uma transformação social consistente (PORTO; GARRAFA, 2011).

Ferreira Neto et al (2011) chamam a atenção para a questão conceitual da subjetividade que, no campo da saúde, deixa de ter um caráter psicológico e privado do indivíduo e ganha um caráter político, vivido de maneira particular, porém dentro de um processo macrossocial. Segundo este autor o sujeito político, na saúde coletiva, constrói cotidianamente a sua autonomia ou a sua sujeição dentro do macro sistema social por meio de ações desenvolvidas no micro sistema.

Para além da subjetividade faz-se necessário pensar na intersubjetividade visto que a saúde coletiva trata de um sujeito que se faz sujeito pelo outro, ou seja, vive e precisa do outro e da coletividade para existir como sujeito. Por esta razão é indispensável considerar a dimensão dialógica existente nas relações desenvolvidas com as práticas de saúde. Ao considerar esta dimensão é possível perceber a subjetividade que envolve todo o processo de cuidar e assim pensar em projetos de vida para os sujeitos que são assistidos e, também, protagonistas do SUS (FERREIRA NETO et al, 2011).

Alguns autores consideram que as práticas de saúde, para serem efetivas, devem ser acompanhadas de uma abordagem subjetiva, porém, nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para isso. O lidar com o subjetivo continua sendo um entrave, assim como a superação do modelo de atenção baseado na relação queixa-conduta (FERREIRA NETO et al.; 2011, CAMPOS; AMARAL, 2007, VIEIRA FILHO; ROSA, 2010).

O risco de não considerar a subjetividade e complexidade da história de vida que acompanha o sujeito em seu processo de adoecimento está em categorizar e medicalizar os sofrimentos e vivências até que, de uma forma reducionista, estas vivências se encaixem em algum diagnóstico possível, para que assim, haja uma terapia a ser prescrita. Para além das terapêuticas tradicionais, ao considerar a subjetividade no plano de cuidado, outros recursos terapêuticos serão necessários, entre eles, a palavra e a escuta (TESSE; POLI NETO; CAMPOS, 2010, CAMPOS; AMARAL, 2007).

É comum pensarmos na escuta dissociada do cuidado, ou ainda pior, pensarmos que nossa intervenção não está imersa em um diálogo, fatos que trazem um distanciamento da

idéia de que em uma relação de cuidado existem dois sujeitos interagindo e e trocando experiências entre si. Quando desconsideramos a escuta no processo de cuidado aumentamos os riscos desta relação ser considerada uma relação entre sujeito/profissional e objeto/usuário. Esta objetivação do outro faz com que as práticas do profissional sejam “práticas que falam pelo sujeito, falam do sujeito, mas não falam com os sujeitos escutando e problematizando necessidades e projetos de vida” (HECKERT; NEVES, 2007, p.208; AYRES, 2001).

Madeira et.al (2007) nos adverte sobre o risco da banalização da escuta se esta não for considerada como ferramenta pra o cuidado, indispensável para o reconhecimento das subjetividades que acompanham as relações no processo de um cuidado integral. A escuta, enquanto cuidado, implica em ouvir o outro para além das técnicas científicas; ouvir o outro considerando sua subjetividade; ouvir o outro entendendo que ele possui uma história de vida singular. Ouvir o outro, enquanto atitude de cuidado, implica em uma postura profissional em que a escuta proporcione transformações nos sujeitos envolvidos neste processo, seja ele profissional ou usuário.

A escuta como ferramenta para o cuidado é aquela que propicia a criação de novas práticas, aquela que se opõe a mera busca de conhecer a verdade ou a realidade do outro, mas sim abre espaço para se conhecer novos modos de criar a existência compatível com a vida dos sujeitos, modos estes que movimentam as soluções pré-estabelecidas de cuidados e provoca a elaboração de novos problemas e o espaço para a busca conjunta de novas possibilidades de soluções (HECKERT; NEVES, 2007, p.211).

A escuta, que não provoca este movimento, é uma escuta que não escuta, é uma escuta que não tem a intencionalidade do cuidado; é uma escuta que não abre a possibilidade de escutar as diferenças, de olhar para o sujeito que necessita de um cuidado como um sujeito que traz consigo saberes que devem ser considerados no processo de cuidado; é uma escuta que não indica as necessidades reais que acompanham os sujeitos. Uma escuta que reflete cuidado é aquela que Heckert e Neves (2007, p.211), nomearam como “escuta-experienciada”, uma escuta sensível que é capaz de ouvir e ver os movimentos que acompanham o processo de um cuidado integral permeado pelas as trocas de experiências entre os sujeitos presentes neste processo – usuário/profissional (HECKERT; NEVES, 2007).

I. 4 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: COMPONDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

As mudanças, para serem efetivas e causarem impactos positivos na qualidade de vida das pessoas, precisam se transformar em práticas concretas. Várias propostas foram elaboradas desde o surgimento do SUS na tentativa de alcançar tais mudanças. Entre todas as reformas e estratégias desenvolvidas no Brasil tanto para subsidiar, operacionalizar ou consolidar o SUS, a atenção básica ganha um lugar de destaque ao trabalhar em busca de uma maior autonomia dos sujeitos como protagonistas para o caminhar em direção a uma melhor qualidade de vida. Isso porque as correntes de pensamento que sustentam a Reforma Sanitária, assim como a Reforma Psiquiátrica Brasileira buscam redefinir a direção tanto do sistema ‘hospitalocêntrico’ para ‘redebasicocêntrico’ (MERHY, 2007. p.198), quanto dos papéis que ocupam os sujeitos que da vida à rede – usuários e profissionais – para que as práticas desenvolvidas na atenção básica e nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico sejam pautadas no acolhimento, no vínculo e que tragam resolubilidade na promoção e proteção da saúde (TANAKA; RIBEIRO, 2009; MERHY, 2007).

Diante do atual desenvolvimento e fortalecimento da Atenção Básica, principalmente com a expansão da Estratégia Saúde da Família, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, a qual se configura como mais uma estratégia objetivando à consolidação do SUS. Espera-se que a Atenção Básica efetive a

integralidade em seus vários aspectos a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenar o cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2006b, p. 11).

A Atenção Básica se torna potente ao utilizar tecnologias de baixa densidade e elevada complexidade. As tecnologias que permeiam a prática do trabalho em saúde podem ser divididas em duras (normas, equipamentos tecnológicos, máquinas, etc.), leve-duras (saberes estruturados como a clínica médica) e leves (relações humanas presente no processo de trabalho), ou seja, a atenção básica se faz potente por ser um espaço em que as relações humanas são priorizadas, em que o usuário é considerado na sua singularidade, de uma forma integral, em que o ambiente sócio-cultural onde este usuário está inserido é considerado e estes elementos tornam possível uma alta resolutividade das necessidades de saúde, além de promover saúde, prevenir possíveis agravos e reduzir danos (BRASIL, 2006b; MERHY et al., 2007).

A partir do momento que se comprovou a ineficácia do antigo modelo de assistência que era compartimentalizado, formal e hierárquico como forma de se alcançar a garantia à

saúde presente na Constituição, busca-se a estruturação de redes de serviços. O SUS, com a sua forma inovadora de operacionalizar as ações de saúde se fez compatível com o conceito de rede, uma vez que, todos os entes político que compõem o sistema devem estar integrados de forma permanente para garantir acesso e integralidade (SANTOS; ANDRADE, 2008).

A integralidade garantida por lei prevê que tanto as ações, quanto os serviços oferecidos ao cidadão devam ser contínuos e fazer parte de uma rede de serviços que devam estar articulados, ou seja, nunca pontuais e/ou isoladas. Diante da complexa dimensão de cuidado presente no conceito de integralidade, não é possível pensar no alcance deste princípio se não houver uma rede articulada de serviços que garanta a atenção necessária à saúde e uma adequada avaliação destas ações (SANTOS; ANDRADE, 2008).

Redes de atenção à saúde têm sido definida como um tecido que tem seus fios conectados e integrados. Como fios, os serviços de saúde que estão presentes em um determinado território e compõem o Sistema Único de Saúde, devem ser “adequadamente articulados e integrados em uma condição ótima” e com densidade tecnológica que corresponda às necessidades dos usuários, sejam elas de promoção, proteção ou recuperação da saúde de forma que o usuário possa “caminhar nas malhas das redes” (SILVA; MAGALHÃES JR, 2008, p. 82).

A consolidação do novo modelo de atenção à saúde está vinculada à construção sólida de redes. É importante destacar que quando falamos em redes nos referimos a mais do que o conjunto ou a soma dos serviços de saúde. Para que a rede tenha sentido, seus recursos precisam ser potencializados por meio de cooperação, integração e coordenação em busca do alcance de um objetivo comum (BRASIL, 2005; SANTOS; ANDRADE, 2008).

Rede pressupõe a noção de território e este vai além das dimensões geográficas. Isso porque, as pessoas que habitam e fazem parte das instituições existentes no território, fazem dele um espaço vivo. Assim, uma rede sólida é aquela em que existe um movimento permanente com outros espaços da cidade (cooperativas, associações), ou seja, com os espaços que dão vida à rede e propicia autonomia e cidadania aos usuários que caminham por esta trama. Os saberes e potencialidades existentes no território devem ser explorados na busca coletiva de soluções para o alcance da saúde (BRASIL, 2005; SANTOS; ANDRADE, 2008).

A atenção à saúde baseada na lógica de redes permite a garantia da continuidade no atendimento, ou seja, um atendimento horizontalizado que Silva e Magalhães Jr. (2008, p.73) nomeiam de “integralidade horizontal” onde não só a recuperação da saúde é possível, como

também ações de promoção e prevenção, além de um aumento na adesão ao tratamento. Principalmente para os usuários que apresentam problemas crônicos de saúde.

A garantia ao direito à saúde é possível quando existe “interconexão, integração, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde” (SANTOS; ANDRADE, p.40, 2008), ou seja, quando existe rede.

Uma rede de atenção especializada em saúde mental que busca o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica antes focada exclusivamente na internação prolongada em hospitais psiquiátricos, para uma atuação inserida na comunidade e nos demais serviços de saúde foi proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira e faz parte da rede de atenção à saúde.

A tentativa da inversão do modelo de atenção em saúde proposto pelo SUS em que o foco da atenção estaria em serviços de base comunitária, também apresenta maiores ganhos na assistência psiquiátrica. Isso porque a substituição gradativa de leitos psiquiátricos tem sido acompanhada por um número crescente de serviços de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial. O Brasil até julho de 2011 estava com 1650 CAPS espalhados por todo o país. Além disso, no período de 2002 a 2011 houve a desativação de cerca de 19 mil leitos psiquiátricos. Diante destes números não há como negar que houve um deslocamento da lógica do tratamento asilar para a lógica da reinserção e inclusão social deste sujeito. A preocupação emergente agora está na busca da consolidação de novas práticas dentro destes novos serviços (CAMPOS; BACARI, 2011, BRASIL, 2011).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) alertam para o risco da desospitalização e não desinstitucionalização dos usuários. O conceito de desinstitucionalização vai além da desospitalização da assistência psiquiátrica porque engloba não apenas o sair do hospital mas, principalmente, a reinserção na sociedade por meio de uma rede de serviços que favoreçam a atenção psicossocial e a reestruturação da autonomia do paciente psiquiátrico, agora usuário dos serviços de saúde mental. Enfatizam ainda que a forma seletiva e especialista que os novos serviços psiquiátricos operam

faz com que as pessoas sejam separadas, ‘despejadas’, jogadas de um lado para outro entre competências diferentes e definitivamente não sejam de responsabilidade de ninguém e sim abandonadas a si mesma. O abandono de que foram acusadas as políticas de desospitalização é uma prática cotidiana, ainda que mais leve e inaparente, dos serviços territoriais. Este abandono produz nova cronicidade e alimenta a necessidade de lugares nos quais, temporariamente, possa ‘despejar’ e internar os pacientes (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 22).

Diante destes riscos é importante lembrar que todo este processo de mudança articula aspectos históricos, com atores sociais e conjunturas específicas, envolvendo as dimensões

epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural do saber/fazer da psiquiatria e da sociedade sobre a doença mental (AMARANTE, 2008).

Nesse contexto de mudança, a busca pela consolidação da assistência de saúde mental na atenção básica e de uma atenção integral demonstra que casos de sofrimento psíquico são flagrantemente encontrados nos serviços de saúde de base territorial, pois frequentemente as equipes de saúde da família se deparam com esses problemas de saúde. Devido a sua proximidade com a comunidade, essas equipes se tornam um recurso estratégico para o enfrentamento de problemas relacionados à doença mental (BRASIL, 2005).

Os problemas que transcendem o biológico, como os que envolvem os transtornos mentais, só podem ser enfrentados considerando-se e conhecendo-se os contextos social, cultural, comunitário e familiar que fazem parte da vida do doente (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Outras estratégias de acolhimento e cuidado de base territorial às pessoas com transtorno mental precisam ser pensadas como parte do planejamento para a inversão do modelo de assistência. A Saúde da Família, como estratégia estruturante da atenção básica, pela à atuação transversal na lógica de território e vínculo, ganha destaque como ponto de partida para organização da rede de cuidados em saúde mental e como cenário privilegiado para se pensar nestas estratégias (SILVEIRA; VIEIRA, 2009; BRASIL, 2003).

A Saúde da Família, enquanto reorganizadora da atenção básica, traz consigo o dever de uma nova práxis em que, além de se considerar o território com toda a sua potencialidade e recursos, a história das pessoas e de sua família ganha destaque para que a saúde alcance seus objetivos e a lógica fragmentada e curativa do cuidado sejam superados. Isso porque uma das características do processo de trabalho da saúde da família é ter uma prática de cuidado ampliado para a família e ser em equipe. A funcionalidade, dinâmica e estrutura familiar devem compor o conhecimento do profissional que atua na ESF e dar respaldo para o planejamento das intervenções (GONÇALVES, 2007; BRASIL, 2006b).

Um dos problemas que têm inviabilizado esta potencialidade é apontado por Tesser, Poli Neto e Campos (2010) quando enfatiza que a proposta de mudança cultural na forma de organizar e operar os serviços não foi acompanhada por uma reorganização na formação especializada dos profissionais que atuam neste cenário, fato que não dá sustentação à reforma proposta. Além desta questão, os autores citam ainda a dificuldade das equipes de Saúde da Família, que inicialmente foram orientadas a trabalhar com programas e protocolos definidos, a lidar e pensar na assistência diante da complexidade das necessidades de saúde

que inevitavelmente acompanham as ações que visam ao cuidado, principalmente relacionado à saúde mental.

Referem o acolhimento preconizado na Política Nacional de Humanização como tentativa para superar esta lacuna por ser o acolhimento um modo de trabalhar a demanda que chega ao serviço de forma espontânea, assim como um potente instrumento para ampliar o acesso e “concretizar a missão constitucional da APS no SUS, de ser a principal ‘porta de entrada’ do sistema” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3616).

Porém, pouco adiantam mudanças estruturais e/ou organizacionais se estas não tiverem significado para os sujeitos que operam os serviços. Campos e Amaral (2007) citando a experiência com a concepção Paidéia, que tem como uma de suas características o envolvimento dos trabalhadores e usuários dos serviços nas suas reformulações estruturais e organizacionais, consideram que “[...] mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 850), deste modo haverá tanto uma reforma da estrutura quanto uma reforma da cultura desenvolvida pelos sujeitos que operam nestas estruturas.

Lancetti (2007), diante do desafio de construir um Programa de Saúde Mental no ano de 1998 como parte do Projeto Qualis/SF na cidade São Paulo, ressalta algumas novidades importantes que o recém chegado Saúde da Família/SF incorporava ao seu ‘modus operandis’. Entre as novidades que fazia/faz do SF, um programa recheado de potencialidades para atuação na área de saúde mental, destacou o fato de o atendimento ser realizado pela necessidade e não mais pela demanda; o conhecimento da pessoa e da família se dá pela sua história e não pelas informações reduzidas de um prontuário; a busca por uma maior resolubilidade local e conseqüente diminuição nos encaminhamentos indiscriminados, o que permite uma continuidade do cuidado e um aumento do vínculo entre a equipe de saúde e os usuários e a centralidade da equipe que reverte o modelo médico centrado fizeram desta “trama tecida pela organização sanitária” um local onde a produção de saúde mental seria possível (LANCETTI, p.18, 2007).

No mesmo sentido, Tanaka e Ribeiro (2009), diante da potencialidade de ações existentes na atenção básica em relação à saúde mental, enfatizam duas como principais: a detecção precoce de sofrimento psíquico e as várias formas de intervenção possíveis de serem realizadas na própria atenção básica.

Conforme o Ministério da Saúde, 56% das Equipes de Saúde da Família realizam alguma ação de saúde mental e em média 80% dos encaminhamentos para a saúde mental não

justificam a demanda específica, podendo ser abordados e acompanhados no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2003).

Diante destes dados nota-se que os problemas de saúde mental constituem uma importante questão de saúde pública na qual os profissionais das equipes de saúde da família são elos no cuidado de saúde mental e no enfrentamento da demanda reprimida pela falta de acesso aos serviços especializados ou devido aos encaminhamentos equivocados em função da visão que alimenta o divórcio da saúde mental com as demais áreas e serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, visando suprir a deficiência dos profissionais da atenção básica com relação aos atendimentos de problemas de saúde mental, tem estimulado diretrizes que incluam a dimensão psicossocial dos usuários, buscando a integralidade das competências profissionais para construção do Projeto Terapêutico Singular/PTS e serviços de saúde objetivando a resolubilidade das práticas de saúde e cidadania. Além de aperfeiçoar e qualificar o cuidado, a troca de conhecimento favorecida com a integralidade diminui a sensação de impotência técnica diante de casos específicos em que os profissionais da atenção básica, que muitas vezes possuem uma formação generalista, têm que assumir (BRASIL, 2005; TANAKA; RIBEIRO, 2009).

A partir das prerrogativas supracitadas, destacamos a relevância científica e social do presente estudo, pois objetivamos contribuir para a produção do conhecimento, avanços e desafios dos saberes e práticas de saúde no país e no Estado de São Paulo, especialmente, no município de Barretos/SP.

Considerando a necessidade e importância da inserção de ações em saúde mental na atenção básica, a pergunta norteadora deste estudo é: diante das mudanças estruturais e da incorporação de novos serviços especializados em saúde mental, qual o estado da inserção e do diálogo da atenção básica com os serviços de saúde mental de Barretos/SP? Que ações são desenvolvidas nesse sentido? Quais os limites e obstáculos que impedem a criação de uma rede de saúde mental integralizada?

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar a atenção à saúde mental na estratégia de saúde da família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar as concepções de saúde mental no cuidado integral à saúde do indivíduo e da família;
- Identificar como se insere o cuidado em saúde mental na atenção básica
- Analisar as possibilidades de inserção da saúde mental na construção da rede integralizada de cuidados.

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de abordagem qualitativa, exploratório, e de campo. Este modelo de pesquisa foi escolhido diante do pressuposto de que as ações de saúde mental na atenção básica são fenômenos de alta complexidade ao relacionar-se com questões históricas e práticas socialmente construídas.

Concordamos com Minayo (2002), que entende a abordagem qualitativa como meio de oferecer uma oportunidade singular para a compreensão de questões intrínsecas e subjetivamente ligadas ao nosso objeto de investigação na busca de um conhecimento intersubjetivo e compreensivo.

O caráter exploratório tem o intuito de proporcionar maior familiaridade com o problema buscando torná-lo explícito. E o estudo de campo procura o aprofundamento das questões propostas além da pura distribuição de características da temática abordada. Nesse sentido é enfatizada a importância do fenômeno dentro do seu espaço de acontecimento, ou seja, a realidade local que está sendo investigada (GIL, 2002).

Os dados consistem na descrição de situações, intervenções e concepções do sujeito em relação ao objeto de estudo. Incluem transcrição de entrevistas e intensa atenção do pesquisador para identificar o maior número possível de elementos que estão presentes para além do que foi dito, no intuito de capturar a percepção dos sujeitos sobre as questões que estão sendo abordadas.

Os referenciais teóricos que fundamentam o estudo foram a integralidade do cuidado, literatura do Ministério da Saúde sobre a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente no que tange às diretrizes e princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica brasileira e de redes de atenção à saúde da família. Tais referenciais foram elencados por meio de levantamento bibliográfico.

3.1 CONTEXTO SOCIAL DO LOCAL DO ESTUDO

Barretos é uma típica cidade do interior de São Paulo, tem 153 anos e segundo dados do IBGE (2010) aproximadamente 114.000 habitantes. Sua fama é reconhecida nacionalmente e internacionalmente como a cidade do rodeio, ou a terra do peão. Isso porque a Festa do Peão de Boiadeiro no ano de 2011 completa 56 anos de Festa. Por a sua localização geográfica e qualidade de suas terras ocupa um importante lugar entre as cidades que impulsionam a

pecuária de corte. Na década de 1930, a cultura da agropecuária e do café se configura na atividade econômica da cidade. Atualmente o café e o gado deram lugar para a monocultura da cana de açúcar, o que traz para a cidade imigrantes de outras regiões do Brasil (BARRETOS, 2011).

Barretos também é uma das principais referências no tratamento de câncer do país. O Hospital de Câncer de Barretos investe em pesquisas e qualificação intensa de seus colaboradores o que ajuda no alcance de avanços no tratamento, se transformando em uma referência nacional.

A cidade acampa o Departamento Regional de Saúde-DRS/V, sendo uma referência regional de saúde para dezoito municípios da região.

Objetivando à modificação no modelo de atenção a saúde, no ano de 2005 foram implantadas seis equipes Saúde da Família em pontos estratégicos da cidade. Além das modificações no modelo de atenção básica, ou como parte dela, os serviços especializados em saúde mental em Barretos vem tentando acompanhar as modificações advindas da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A cidade conta com um Ambulatório de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial tipo I “Ipê Amarelo”. No mês de setembro do ano de 2009 o Hospital Psiquiátrico Vale do Rio Grande, um tradicional hospital psiquiátrico com as conhecidas práticas “terapêuticas” incluindo eletro-choque, camisa de força e quarto forte, existente no município e referência regional, foi desativado; em fevereiro de 2010 foi inaugurada uma Unidade de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral/UEPHG, na Santa Casa de Barretos com capacidade para atender 23 pacientes por um prazo médio de 15 dias de internação. No mesmo período o CAPS “Ipê Amarelo” deixou de ser do tipo I e passou a funcionar como tipo III. Mudança que faz com que o serviço proporcione 24 horas de atendimento e disponibilize cinco leitos para aqueles usuários que necessitam de acolhimento noturno por um prazo médio de 7 dias.

Assim, a rede de serviços especializados em saúde mental do município de Barretos é composta por um Ambulatório de Saúde Mental (ASM), um Centro de Atenção Psicossocial do tipo III (CAPS III) e Unidade de Emergência em Hospital Geral (UEHG). Estes três serviços e os de Atenção Básica à Saúde sugerem que, teoricamente, o município esteja com os serviços primordiais para que a assistência em saúde mental seja eficaz e resolutive, porém, apesar de ter esta tríade de serviços, não possui serviços residenciais terapêuticos.

Dados do Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo mostram que em 2008 havia 14 internos em hospitais psiquiátricos procedentes de

Barretos (SILVA; et al., 2008). É possível que a não existência de um serviço residencial terapêutico seja um dos motivos que impeça a desospitalização destas pessoas.

3.2 SUJEITOS E SERVIÇOS DO ESTUDO

Para chegar aos sujeitos que participaram deste estudo, foi necessário identificar as unidades de Saúde da Família existentes no município que tinham um maior número de usuários do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS adscritos. Sendo o objetivo do estudo investigar como estão organizadas as ações de saúde mental a partir da Saúde da Família/SF, um dos critérios de inclusão foi justamente o fato de ter em sua área de abrangência o maior número de moradores que são assistidos no CAPS. Assim, os cenários da Saúde da Família do município de Barretos/SP foram identificados por meio de um levantamento com a coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde. Isso possibilitou o conhecimento do número total de SF, o que viabilizou a delimitação da amostra da pesquisa.

Das seis equipes de Saúde da Família existentes no município, selecionamos as três unidades que tinham o maior número de moradores assistidos pelo CAPS, em seu território.

De um total de vinte e três profissionais, que trabalham nas três unidades selecionadas, fizeram parte deste estudo vinte sujeitos que concordaram em participar da pesquisa, são eles: treze agentes comunitários de saúde, dois técnicos de enfermagem, duas enfermeiras e três médicos.

Na época da coleta de dados, uma das equipes estava passando por um período de transição, a enfermeira que era responsável pela equipe em questão havia deixado o cargo e a equipe aguardava a nova contratação. Por esta razão o grupo de sujeitos foi composto por três equipes e apenas duas enfermeiras. Além disso, uma agente comunitária de saúde e uma técnica em enfermagem estavam de licença gestante na época da coleta de dados.

Assim, fizeram parte deste estudo 50% das Equipes de Saúde da Família do município e 91 % dos profissionais que atuam nestas equipes mínimas – médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Devido a homogeneidade das respostas, não houve a necessidade de separar o conteúdo das falas por categoria profissional.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as diretrizes da resolução 196/96 que norteia a realização de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 1996). Para tanto, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos no dia 25 de agosto de 2010, por meio do parecer nº 285/2010 (Anexo).

O primeiro critério ético utilizado foi a apresentação aos sujeitos da pesquisa, dos objetivos e propósito do estudo, além do documento que comprova a autorização da Secretária Municipal de Saúde para a sua realização, a aprovação do Comitê de Ética e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Após esta apresentação os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa sendo informados do seu caráter voluntário, como também da liberdade em decidirem retirar a sua participação em qualquer momento da pesquisa.

Antes do início das entrevistas individuais a pesquisadora reiterou o propósito e objetivos do estudo como também enfatizou a garantia do sigilo e anonimato perante os dados obtidos e proporcionou um espaço para o esclarecimento de possíveis dúvidas relacionadas a pesquisa. Após este primeiro momento o consentimento verbal foi formalizado por escrito, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) sendo que uma cópia do termo foi entregue a cada um dos entrevistados.

Apenas um dos sujeitos é do sexo masculino. Para garantir o anonimato de todos, os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios femininos, escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Utilizamos a entrevista semi-estruturada (Apêndice B) como instrumento de coleta de dados, a qual foi escolhida por permitir a presença ativa do pesquisador, conforme a necessidade de esclarecimentos ao sujeito da pesquisa que discorre, descreve, explica e discute a temática em foco, podendo, os pressupostos do pesquisador, serem contemplados na interação (TRIVIÑOS, 2007; MINAYO, 2002).

Essas características são fundamentais para tornar maleável o instrumento de coleta, uma vez que a complexidade do fenômeno estudado pode levantar a necessidade de aprofundamento de outras questões como condição para garantir a coleta de informações fidedignas necessárias aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente no ambiente de trabalho dos entrevistados, gravadas em aparelho de áudio e seu conteúdo foi transcrito na íntegra.

As perguntas, que nortearam a entrevista abordaram as ações e práticas de serviço relacionadas à percepção do profissional sobre os conceitos de integralidade, saúde mental, rede de serviços especializados em saúde mental, ações de promoção em saúde mental e apoio matricial.

A versão final do instrumento foi elaborada após a realização de uma entrevista prévia, em que a pesquisadora aplicou o questionário a um profissional que trabalha em uma unidade de saúde distinta das unidades que fizeram parte deste estudo. Com este teste algumas questões com sentido semelhantes foram condensadas, surgindo assim o roteiro definitivo (Apêndice B).

3.5 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE ESTUDO

O mesmo procedimento de aproximação foi realizado com as três equipes envolvidas neste estudo e constou das seguintes fases:

1. Contato telefônico com a enfermeira responsável pela unidade, em que a pesquisadora teve a oportunidade de se apresentar e solicitar uma reunião;
2. Reunião com a enfermeira responsável pela unidade em que a pesquisa e todos os procedimentos relacionados a ela foram explicados pela pesquisadora. Nesta ocasião foi agendada uma reunião com a participação de toda a equipe da Saúde da Família/SF;
3. Reunião com a equipe da SF em que a pesquisa e todos os procedimentos relacionados a ela foram explicados pela pesquisadora; houve espaço para o esclarecimento de dúvidas e um cronograma, com datas e horários para a realização das entrevistas individuais, foi elaborado juntamente com a equipe de forma que não prejudicasse a funcionalidade do serviço.

3.6 OS CAMINHOS PERCORRIDOS PARA ANÁLISE

A análise dos dados coletados foi apoiada na metodologia de análise categorial temática que, segundo Minayo (2004, p.209) “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o

objetivo analítico visado”. A análise categorial é constituída por três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na busca em percorrer estas três etapas os seguintes caminhos foram trilhados:

1º Escuta exaustiva das falas, para que o não-verbal fosse absorvido juntamente com o verbal;

2º Transcrição na íntegra das falas;

3º Leitura flutuante das entrevistas para que o contato frequente com os dados proporcionasse uma compreensão do conteúdo como um todo e a partir daí os possíveis núcleos de sentidos foram surgindo;

4º Seleção e separação dos conteúdos semelhantes de acordo com a exaustividade, homogeneidade, representatividade e pertinência, tendo como apoio os objetivos estabelecidos para o estudo;

5º Determinação das unidades de registro e recorte do texto com base nas unidades de registro determinadas;

6º Construção das categorias de acordo com as unidades de registro extraídas do texto;

7º Interpretação das categorias elencadas na tentativa de perceber os reais significados que emergem dos dados e embasam as ações e práticas na assistência integral à saúde.

A análise do conteúdo foi fundamentada na compreensão histórica das políticas públicas de saúde e saúde mental no Brasil com ênfase no conceito da integralidade, conceito de Clínica Ampliada e na perspectiva da Rede de Atenção. Esta fase do trabalho trouxe a necessidade de um aprofundamento nos discursos produzidos pelos sujeitos. Para tanto, nos debruçamos sobre o material produzido por meio da leitura e releitura das falas, assim como sucessivas escutas do áudio. Este movimento foi feito por repetidas vezes, buscando uma proximidade e incorporação do conteúdo explícito e implícito presentes nos discursos, o que possibilitou uma visão total e também particular de cada conteúdo expresso nas categorias.

Assim, trazemos à discussão a organização da rede de serviços integralizados em saúde mental a partir da saúde da família, à luz do referencial das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos vinte sujeitos entrevistados apenas três trabalhavam na Saúde da Família (SF) há um pouco mais de dois anos e os demais estão desde a criação do serviço na cidade, que no ano de 2011 completou seis anos. Este tempo de trabalho pode ser considerado suficiente para o conhecimento dos sujeitos sobre a relação destes com os usuários adscritos no território, a dinâmica do trabalho em equipe e em rede e o conhecimento da lógica que sustenta e organiza as ações da SF. Fatos que nos ajudarão a compreender este universo diante dos objetivos propostos por este estudo.

Entender como as ações de atenção em saúde mental se inserem nas práticas assistenciais da Saúde da Família, assim como entender a relação entre estas práticas e as concepções que os profissionais que atuam nestes serviços têm sobre saúde mental, além de identificar as possibilidades de construção de uma rede integralizada, não foi uma tarefa fácil.

A escuta com a intencionalidade de desvelar todo este processo em que os sujeitos tiveram a oportunidade não só de expressar ou relatar a sua prática, mas também de refletir sobre ela, foi o caminho escolhido na possibilidade de compreender este fenômeno.

Após esta aproximação com os dados coletados, foram construídas categorias e subcategorias que têm como núcleo de sentido a integralidade sob duas perspectivas: a integralidade na prática do cuidado e a integralidade enquanto articulação entre os serviços que compõem a rede de cuidado em saúde.

Tabela 1. Relação das categorias e subcategorias que fazem parte da análise.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
4.1 PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: a concepção do cuidado em saúde mental e o trabalho em equipe na estratégia saúde da família	4.1.1 Saúde mental na prática: integração no cuidado 4.1.2 “A saúde mental dela, ela trata no CAPS”: a fragmentação do cuidado 4.1.3 Saúde mental e trabalho em equipe: caminhos percorridos para a construção do cuidado
4.2 REDE INTEGRALIZADA: a potencialidade da Saúde da Família em consolidar a rede de cuidado integral	4.2.1 A relevância da saúde da família na articulação entre os serviços que compõem a rede de cuidado 4.2.2 “Eu sou o vínculo”: vínculo e escuta, condutores essenciais de vida e cuidado 4.2.3 Apoio Matricial de Saúde Mental: potencialidade para uma atenção qualificada, qualificadora e integral na Saúde da Família

4.1. PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: a concepção do cuidado em saúde mental e o trabalho em equipe na Saúde da Família

As falas produzidas pelos sujeitos indicam o cuidado em saúde mental na Saúde da Família como necessário para o desenvolvimento de um cuidado integral. A concepção de saúde mental ganha diferentes sentidos diante da oportunidade de se refletir sobre ela. Os sentidos produzidos em relação a esta categoria são: a saúde mental inerente ao cuidado integral; saúde mental como um saber especializado; o cuidado em saúde mental e o trabalho em equipe.

4.1.1– Saúde mental na prática: integração no cuidado

A saúde mental é citada como parte a ser considerada no objetivo de desenvolver um cuidado integral ao usuário, o que sugere o entendimento de que este usuário apresenta dimensões fisiológicas e mentais. De acordo com as falas dos sujeitos, a mente deve ser considerada por estar relacionada diretamente ao físico e as doenças, ou seja, quando o cuidado é direcionado à mente reflete no cuidado do corpo.

“Cuidado integral pra mim eu acho que envolve o todo. [...] pra cuidar da saúde você tem que cuidar do físico e do intelectual, aí você tá tendo um cuidado global. Porque hoje todo mundo se preocupa com o físico e esquece da parte mental né, que a gente fala né. Então eu acho que cuidado global seria ter uma assistência não só pro corpo, mas pra mente também” Aline .

“Cuidado integral seria a parte física, orgânica e mental de um cliente do SUS eu creio né. Cuidar tanto da saúde mental quanto da parte física que a pessoa tem, os órgãos que levam as doenças, tanto da mente quanto do corpo” Juliana.

Entendemos, assim como Coelho e Almeida Filho (2005) que conhecer os significados que as pessoas de um determinado grupo dão às questões de normalidade ou doença mental e as práticas atribuídas a elas são fundamentais para o planejamento de ações de cuidado que contemplem esta dimensão. Conhecer a concepção que os profissionais entrevistados têm sobre o que é o “mental” se faz importante, pois esta se relaciona diretamente com o cuidado que é desenvolvido na prática diária destes serviços. Na tentativa de desvelar os sentidos que estes profissionais dão para esta questão lançamos mão da seguinte pergunta: Para você, o que é saúde mental?

Os relatos construídos diante do desafio de pensar o que é saúde mental revelaram três concepções. A opção por elencar as concepções em ordem numérica não reflete juízo de

valor, mas sim uma forma de organizar as idéias para favorecer a formatação do texto e o entendimento dos leitores.

Os sentidos atribuídos a cada uma das concepções apareceram de forma substancial no discurso de todos os profissionais entrevistados.

A primeira concepção de saúde mental relaciona ao fato de se ter um autoconhecimento que proporcione o entendimento sobre os limites que a pessoa tem para as diversas situações de sofrimento e adoecimento que são inerentes à vida.

“[...] é saber lidar com esses agentes estressores de forma positiva né, conseguindo resolver emocionalmente e até fisicamente, porque isso acaba desequilibrando né, o indivíduo. Acaba desequilibrando o indivíduo. Eu acho que é buscar o equilíbrio de tudo isso, do dia a dia, que não é uma coisa muito fácil” Márcia.

Evidencia-se a presença do sentido de normalidade relacionado à capacidade resolutive que o usuário tem sobre os problemas que aparecem no decorrer da sua vida e o comportamento deste sujeito diante de tais problemas.

“Ah saúde mental eu acho que cai naquele paciente que consegue lidar bem com os problemas, que consegue resolver bem seus problemas, consegue demonstrar isso. Tem as outras relações todas normalizadas, aí é ter uma boa saúde mental. É, porque a gente pega aqui pacientes que tem mais ou menos a mesma história “ah que meu marido faleceu... que meu filho é usuário de droga” e se relaciona bem com isso. A medida do possível, mas consegue ter uma vida normal consegue vir aqui fazer os exames e acreditar que vai melhor. E a gente tem pacientes que tem os mesmos problemas, mas se abateu né e que não consegue, não consegue... que agora não quer mais sair de casa, acho que a saúde mental é isso se relacionar bem, tentar pelo menos né, com as situações, com todos os conflitos” Samara.

Resolver problemas e conflitos de forma positiva ou negativa é uma das maneiras da pessoa atestar a qualidade de sua saúde mental.

“[...] cada um tem seu problema e o diferente é o endereço, então não existe assim, pessoa que não tem problema nenhum, mas eu acho que a maneira que você encara a resolução dos seus problemas eu acho que você vive melhor, então eu acho que você tem uma saúde mental boa [...]” Aline.

A segunda concepção de saúde mental envolve a capacidade que a pessoa tem de conseguir levar a vida sem a necessidade de “medicalizá-la”. O sentido de ser feliz como pré-requisito para ter saúde mental aparece de forma clara em alguns discursos. As pessoas que não têm uma saúde mental de qualidade, ou seja, que não conseguem ser plenamente felizes buscam na medicação a superação desta debilidade.

“Eu acho que existe as pessoas que tem um surto psiquiátrico e as pessoas que necessitam de algum tratamento, que precisa das pílulas da felicidade. É sim, não consegue ficar tão feliz e precisa delas. Alguma coisa que não esta muito certo aqui dentro (na cabeça), vai lá e vai dar um jeito” Roberta.

*"(Saúde mental) É você conseguir fazer as coisas que você faz sem necessitar de medicação [...]"
Silvana.*

Manter a funcionalidade na vida sem a necessidade de medicações, reflete saúde mental de qualidade. Tesser, Poli Neto e Campos (2010), apoiados na obra de Illich analisam a questão da medicalização social como sendo um processo complexo com significativas influências sociais e culturais que faz com que as vivências das pessoas – com os sofrimentos, dores e conflitos – que antes eram administradas no ambiente familiar e/ou na relação dos sujeitos com a comunidade sejam entendidas como necessidades médicas.

A terceira concepção traz o sentido da saúde mental relacionado ao conceito de equilíbrio. À capacidade da pessoa se manter equilibrada, de conduzir os dias de maneira que não haja muitos extremos, os quais poderiam causar um desequilíbrio na homeostase da vida, comprometendo assim a saúde mental.

*"[...] eu acho que o grande segredo é essa palavra mesmo, é o equilíbrio mental né. Porque uma pessoa bem equilibrada mentalmente eu acho que consegue viver a vida aí com mais qualidade né"
Vanessa.*

O conceito de saúde relacionado ao equilíbrio do homem diante da interação com o ambiente e os agentes patológicos foi introduzido pelo movimento da medicina preventiva e está ancorada na teoria da história natural da doença proposta por Leavell e Clark. Estas ideias estão presentes na definição de saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde e aparecem nos discursos dos profissionais que foram entrevistados (PEDUZZI, 2007).

"Saúde mental [...] acho que engloba muitas coisas, o físico, a vida diária, a própria saúde mesmo do organismo, tudo [...] Tudo é equilíbrio né, tudo tem uma certa dosagem na vida da gente" Jane.

É possível observar nestas falas a relação entre as dimensões corpo e mente. A busca do equilíbrio envolvendo o corpo e a mente reflete a concepção que os profissionais tem sobre saúde mental, assim, não é possível alcançar níveis almejados de saúde se o mental não for considerado e cuidado.

"É o equilíbrio. A saúde mental é você tá bem física e mentalmente, porque as vezes você não tá bem fisicamente interfere e se você não tiver mentalmente também interfere no seu físico, então eu acredito que é um equilíbrio" Silvana.

Além do cuidado da mente como parte a ser considerada para o desenvolvimento de um cuidado integral, evidencia-se a preocupação com a dimensão social da vida do usuário. A lógica do trabalho da Saúde da Família, com as visitas domiciliares, favorece a ampliação do olhar do profissional de saúde, que atua dentro desta lógica, em relação aos vários aspectos

que permeiam a vida dos usuários. A ampliação do olhar faz com que o profissional tenha a capacidade de ver além das manifestações clínicas que o usuário apresenta durante a consulta clínica. Escolhemos a fala abaixo que reflete de forma clara e sucinta esta questão.

“Bom, pensando em PSF, até porque a gente levanta muitas informações na casa, são as situações que a gente depara mesmo, cuidar do paciente como um todo. Porque as vezes a gente chega lá, o paciente inicialmente tá meio depressivo ou tá com alguma outro problema e aí você vai aprofundar e na verdade é um problema familiar, é um problema financeiro, é um problema que ele está com a moradia, com algum filho né, então é tentar resolver ou encaminhar ou orientar este paciente em todos os aspectos” Samara.

O agir de uma forma integral para além do “bom dia, o que a senhora deseja” requer do profissional uma postura diferenciada, com a intencionalidade de realmente saber quais as reais necessidades do usuário que está sob o seu cuidado.

“É você fazer prevenções, é você manter aquela pessoa bem totalmente. É você não manter ela apenas sem dor, sem se machucar, mas também manter ela bem psicologicamente, emocionalmente é tomar sempre conta não só do corpo do pescoço pra baixo, mas também da cabeça e do interior daquela pessoa. É você ir além do: ‘bom dia, o que a senhora deseja?’. ‘Bom dia o que a senhora deseja?’” Ela (a usuária) fala. “Mas e aí como é que tá em casa, os filhos, a família, o trabalho...? Como é que tá isso?” É querer saber da pessoa mesmo!” Carla.

Mattos (2001) enfatiza que para se produzir uma “postura integral” é necessário superar os contornos limitantes da medicina tradicional, ou seja, olhar para além dos sintomas específicos das doenças e considerar o sujeito que adoece. A integralidade apresenta diferentes sentidos e é uma ‘imagem objetivo’, prenhe de valores e características pelos os quais vale a pena lutar “pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (2001, p. 41), ideal presente tanto na Constituição quanto no bojo do Sistema Único de Saúde do país.

Ideal a que todos os entrevistados se referem, pois observa-se de forma muito nítida que os profissionais almejam o alcance de um cuidado mais solidário, justo e humanizado, qualidades que entendem estar presentes entre os sentidos da integralidade, como mostra o relato de um deles abaixo.

“Cuidado integral é você dá assistência aos usuários que procuram aqui de uma forma humana né, acho que o principal acho que é isso. É uma forma humana de trabalhar e ajudar essa pessoa em todos os sentidos né. ... o ser humano é um ser biopsicossocial né, então quando você vai dar assistência a essa pessoa, tem que dar assistência do ponto de vista biológico né, do ponto de vista psíquico e socialmente né. Então acho que pra mim isso é um modelo de assistência integral né, você tentar ajudar o usuário por completo né” Vanessa.

Além das expressões “ajudar por completo”, “cuidar do todo”, “cuidar da totalidade”, abranger todas as necessidades de saúde do usuário foi outra forma possível de

alcance da integralidade do cuidado que emergiu das falas dos profissionais durante as reflexões sobre cuidado integral.

“Cuidado integral pra mim é quando você abrange todas as necessidades do seu cliente, seja ela física, mental e a emocional. [...] é quando abrange tudo isso, você consegue deixar ele bem num todo [...]” Marly.

É importante destacar a diferença existente entre demanda e necessidade. Para isso, nos apoiaremos em Cecílio (2001, p. 116) que diz que a demanda é conhecida por meio de um “pedido explícito” do usuário. Entre as demandas possíveis estão: medicamento, consultas, exames. Porém, as necessidades são bem mais complexas. A partir das necessidades de saúde é possível construir/alcançar uma definição de integralidade. Trabalhar o cuidado considerando as várias dimensões da vida do sujeito é uma maneira possível de se alcançar a integralidade na prática de forma completa. Para tanto, o cuidado deve ser pensando por uma equipe composta por vários profissionais o que sugere vários saberes envolvidos no planejamento das ações de cuidado.

“[...]eu falei emocional, as vezes ela ta bem fisicamente, [...] mas as vezes ta passando por uma dificuldade financeira, [...] a preocupação o stress que isso gera, pode acabar entrando em um quadro depressivo, essas coisas assim que envolve a saúde, então você tem que tentar cuidar do paciente como um todo, na totalidade” Marly.

Para Camargo Jr (2003, p.37) é necessário um questionamento sobre a possibilidade e viabilidade de se ter um cuidado direcionado a “totalidade das necessidades de um ser humano”. O risco associado a um cuidado nesta perspectiva é o controle e perda da autonomia do usuário, assim, seria mais adequado pensar na integralidade “como um ideal regulador [...] impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar”.

Nesta mesma direção Mattos (2001, p. 41) ao colocar a integralidade como ‘imagem objetivo’ diz que os sentidos que permeiam a integralidade não diz exatamente como ela deve ser. Pois uma ‘imagem objetivo’ aponta para várias possibilidades de como a realidade, a qual se almeja transformar, pode ser. O importante é entender que esta ‘imagem objetivo’, ou este “ideal regulador” é o que move os profissionais de saúde em direção a uma prática diferenciada, indica o caminho para que a transformação da realidade aconteça, como também reflete a recusa em aceitar as coisas como são.

Movimento que faz com que os profissionais pensem em uma prática possível, diferente do cuidado fragmentado em que o usuário é visto como um órgão doente. Para

Mayte, esta prática possível amplia as possibilidades de intervenções e reduz a medicalização excessiva.

“Integral não é só assim, o paciente é hipertenso eu vou tratar a hipertensão dele? Não. Então eu tenho que saber, ele é hipertenso mesmo tomando remédio a pressão dele tá alta, então nós vamos lá e vamos ver, ele toma mesmo remédio? Vamo ver a cartelinha dos seus remédios. Como que é sua alimentação? Quem que cozinha pra você? Muitas vezes eles não precisa nem tá tomando aquelas doses cavalares de anti-hipertensivo se ele pudesse ter uma alimentação... uma dieta hipossódica, fizesse uma caminhada, né. [...] E a parte psiquiatra também, da psiquiatria também isso né!” Mayte.

Para Mattos (2001, p.50) a defesa da integralidade nas ações e prática de cuidado não desconsidera o conhecimento sobre as doenças, assim como ter a doença como eixo estruturante do planejamento do cuidado, uma das características da “boa medicina”. Isso porque, esta forma de intervenção trouxe grandes avanços e sucessos não só para a medicina, como também para a saúde pública. A utilização deste conhecimento deve ser feita contextualizando as necessidades que os usuários trazem juntamente com a doença que apresenta no momento do sofrimento. Os ideais da medicina integral refletem este olhar do profissional que busca conhecer além da demanda que o usuário expressa as reais necessidades de ações de saúde e elaborar um possível diagnóstico precoce, ou ainda, reduzir os riscos que se relacionam a tal sofrimento. A dinâmica familiar, as condições de vida, o nível social, dentre outros, devem ser considerados e avaliados para a elaboração de um planejamento de cuidado integral.

“Cuidado integral do paciente é não só a consulta médica né. O motivo da consulta, cuidado integral é você saber quais são as condições, qual é o nível social do paciente, como é o relacionamento familiar desse paciente, se for casado, como que é o casamento desse paciente, se for criança como é o relacionamento dele com a mãe, se a mãe é aquela que atende bem a criança, se a mãe é aquele “ah, tá com fome? Tem um pacote de bolacha lá pra comer” né, é conhecer o ambiente que a pessoa vive, se for idoso, como é que ele é tratado por essa família” Mayte.

O cuidado que não é integral, ou seja, que não considera outras dimensões da vida do sujeito, certamente refletirá perda de confiança do usuário no profissional e conseqüentemente baixa adesão ao tratamento. Samara cita um exemplo de caso em que o usuário busca a equipe da SF expressando uma de suas necessidades, ao ser orientado a procurar o serviço especializado em saúde mental responde:

“não aqui vocês sempre dão um jeito, porque se eu for lá” (no serviço especializado em saúde mental) “o doutor fulano me INTOPE de remédio, eu NÃO QUERO ficar daquele jeito, sabe porque? porque eu durmo e já roubaram minha casa, eu não acordo, não vejo nada...” Samara.

De acordo com esta narrativa, há uma clara evidência de que a medicalização exclusiva e a deficiência na escuta das reais necessidades que acompanham os sujeitos que necessitam de cuidados em saúde precisam ser superadas, bem como as fronteiras que

delimitam os serviços, assim como a comunicação entre os profissionais das equipes de Saúde da Família com os serviços especializados.

A confiança é necessária para que o profissional perceba o que o usuário realmente necessita, para além das suas queixas. A fala abaixo exemplifica esta questão:

“Muita gente entra aqui e fala assim pra mim “ó, eu vim aqui porque eu to tendo MUITA dor de cabeça”. Ta, ai ce começa a conversar com o paciente, mas não é a dor de cabeça que ela ta teno. A paciente começa a conversar... “olha doutora, na realidade ta acontecendo isso, isso e isso...”, ai o paciente chora e conta, no fim a dor de cabeça dele já desapareceu, já não é mais o motivo da consulta!” Mayte.

Com o exemplo desta fala, é possível perceber que as reais necessidades de saúde serão expressas se o usuário e o profissional/equipe alcançarem um nível de confiança e respeito mútuo de maneira tal que ambos se sintam seguros nesta relação. Desta maneira é possível caminhar em direção a um cuidado integral em que exista uma corresponsabilidade pelo alcance ou restabelecimento da saúde.

“[...] os pacientes tem muita confiança nos profissionais que aqui trabalham né. [...] Então eles vem aqui porque eles confiam e sabem que de alguma maneira vai se tentar ser realizado algum trabalho pra tentar solucionar o problema. Eu acho que o grande triunfo do Saúde da Família é a confiança e o relacionamento entre a equipe e o usuário né, porque geralmente há um laço ai mais estreito né de confiança e realmente quando esses usuários nos procuram é pra tentar resolver os problemas deles. Porque eles confiam na gente [...]” Vanessa.

Todos os profissionais entrevistados consideram a confiança, que é construída entre a equipe da Saúde da Família e os usuários, um diferencial significativo entre este novo modelo de cuidado à saúde.

4.1.2 “A saúde mental dela, ela trata no CAPS”: a fragmentação do cuidado

Os sentidos relacionados ao conceito de saúde mental ganham um caráter de doença ao relacionarem saúde mental e atendimento/cuidado. Quando a saúde mental deixa de ser vista como algo inerente ao ser humano e passa a ser considerada doença, as formas de lidar com ela se modificam, sendo transferida para uma atuação especializada, o que exclui estas intervenções do âmbito da atenção básica e reforça os encaminhamentos “mecânicos”.

“Geralmente eles vem aqui, tem uma paciente que vem aqui, é a Maria, ela faz tratamento no CAPS. E ela é assim, eu considero ela assim, ela é hipertensa e diabética, ela vem aqui pra tratar da hipertensão e da diabetes dela. Ela não vem aqui tratar da saúde mental dela. A saúde mental dela ela trata no CAPS” Josenita.

Este relato nos leva a entender que existe uma fragmentação absoluta na construção ou idealização do cuidado em saúde mental. O usuário é considerado segundo os diagnósticos clínicos ou alterações fisiológicas que apresenta. No caso escolhido, a usuária Maria é considerada hipertensa e diabética, assim, a base do relacionamento desta com a equipe da Saúde da Família é a busca do tratamento para hipertensão e diabetes. As necessidades relacionadas à saúde mental, ela deve buscar no Centro de Atenção Psicossocial, ou seja, o serviço especializado é que deve ser responsável por esta questão.

Campos (2000) enfatiza que a saúde coletiva ao ser socialmente construída, é composta por núcleos e campos de saberes que se influenciam e se relacionam, não sendo possível delimitar precisamente os contornos de cada um. “Contudo, no núcleo haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar” na saúde coletiva (CAMPOS, 2000, p.54). A união de vários conhecimentos que resultam, delimitam e trazem identidade para uma área de saber e prática profissional é denominada núcleo. Já o campo é entendido como um espaço onde as disciplinas e profissões não encontram limites precisos de atuação e, assim, é possível encontrar apoio para a realização das práticas entre os vários saberes envolvidos. O autor faz uso da metáfora do objeto lançado à água para exemplificar a diferença entre núcleo e campo, sendo o primeiro o círculo consequente do contato do objeto com a água parada e o campo a água ao redor do círculo.

A saúde coletiva, em uma perspectiva dialética, seria uma parte do campo da saúde, sendo constituída por saberes específicos existentes no campo que, necessariamente, precisam ser considerados e interligados para que o risco de fragmentação do cuidado, do sujeito e das práticas seja minimizado tanto nas ações desenvolvidas nos serviços da atenção básica, quanto em serviços especializados, por meio da modificação da lógica de atenção desenvolvida nestes serviços. A superação da lógica do paradigma biomédico, com ações fragmentadas e curativistas, consiste justamente em não desprezar o saber especializado da clínica com toda a sua complexa tecnologia, seja ela dura ou leve-dura, mas sim ampliar a clínica por meio da aproximação das duas lógicas de assistência, saúde coletiva e clínica especializada (CAMPOS, 2000; MERHY, 2007).

O conteúdo das falas indica que para os trabalhadores a atenção básica, em especial a Saúde da Família, é mais um núcleo em que os relevos que delimitam a atuação profissional são precisos e salientes.

“A nossa ação o que é? É diagnosticar lá na casa e pedir pra vim para o clínico e o clínico mandar para outro lugar. É feito assim” Roberta.

É comum encaminhar para o serviço especializado o usuário que apresenta algum comportamento que não é compatível com o cuidado oferecido no “cardápio” da atenção básica. Além disso, a falta de comunicação e trocas de saberes com a equipe especializada não favorece uma intervenção que esteja inserida em um “campo de cuidado”, fato considerado e apontado pelos membros da equipe Saúde da Família como limitante para o desenvolvimento de um cuidado integral. Esta limitação é evidenciada nos discursos abaixo.

“Foge da área dela né, então ela (a médica) gosta de encaminhar. Ele vem aqui, então assim, alguns pacientes são encaminhados pro psiquiatra. De lá a gente perde o paciente [...] os pacientes que é encaminhado pra psicologia ou pro psiquiatra, a gente não tem a resposta” Silvana.

Para os sujeitos do estudo, a atuação entendida como possível de ser desenvolvida na Estratégia saúde da família, ou seja, que não foge das ofertas presente no cardápio oferecido se resume em duas ações: transcrever receitas e/ou encaminhar para o serviço especializado.

“[...] a única coisa que é feita são os encaminhamentos pra o psiquiatra. Ai depois da avaliação dele o médico continua prescrevendo aquela medicação que ele passou. Mas a gente não tem nenhum projeto assim que possa ajudar [...] não tem nada voltado pra saúde mental. Mais medicamentoso só” Rebeca.

É possível observar que o respaldo para as duas ações possíveis está no entendimento de que as intervenções de cuidado no âmbito da saúde mental se limitam em medicação ou atendimento especializado.

“O atendimento que a gente oferece aqui é aquele atendimento básico, em que a pessoa vem, ela conta a história dela, sem ter antecedente nenhum, que a gente faz a hipótese diagnóstica e encaminha pro ambulatório de saúde mental” Mayte.

Para os sujeitos entrevistados, o fato de não existir um especialista em saúde mental na atenção básica e sendo os psicotrópicos, drogas potentes para serem indicadas sem o aval de um médico psiquiatra, os casos necessariamente terão que ser encaminhados.

“[...] porque aqui, como lidar com uma pessoa assim, não tem muito o que se fazer, aqui não tem! [...] Aqui pra mim não tem pra saúde mental, mas é assim mesmo, o mais nosso é encaminhar mesmo, é conversar, é pedir e depois encaminhar porque não tem outra coisa, o que a gente pode fazer mesmo é isso” Beatriz.

Sabemos que, em alguns casos, a intervenção especializada é fundamental e necessária. Não se deve desconsiderar os avanços que o saber especializado tem conquistado, nem mesmo que a equipe que atua na atenção básica não necessita de apoio especializado para pensar e planejar o cuidado dos casos. Porém, concordamos com Ribeiro, Poço e Pinto que

o importante é que o profissional de atenção básica seja capaz de identificar a existência de um sofrimento mental inespecífico e /ou a possibilidade de um diagnóstico específico relativo às principais e mais frequentes categorias de transtornos mentais – além, é claro, de avaliar corretamente a sua gravidade (RIBEIRO; POÇO E PINTO, 2007, p. 35)

De acordo com esse pressuposto, o profissional da atenção básica deve ter o conhecimento necessário para fazer um diagnóstico específico de sofrimento mental e assim traçar um planejamento de cuidado adequado diante da gravidade de cada caso.

“Eu não sou psiquiatra, se eu achar que a pessoa tá muito ruim, que ela precisa ser internada eu tenho que encaminhar, falar “olha, a pessoa não tá testando a realidade, é uma pessoa perigosa pra ficar solta aqui na comunidade...” aí a gente faz o encaminhamento, entra em contato com o pessoal, mas não tem como a gente tá lidando com ele. Agora se for uma coisa mais simples né, “ah a pessoa tá triste porque perdeu o ente querido, porque aconteceu uma desgraça na família”, alguma coisa, eles vem, a gente escuta, entendeu, a gente faz tipo uma ventilação” Aline.

A falta de segurança para lidar com as questões relacionadas ao sofrimento mental favorece a escolha do encaminhamento como forma de solucionar o problema.

“Então assim, é difícil lidar com um paciente que não sabe nem o que tem né. O que fazer com um paciente assim? Quantos pacientes a gente tem aqui que a gente manda pra lá. Uái manda na dúvida, manda! Não sabe o que o paciente tem então o psiquiatra é que vai ter que resolver” Samara.

Sendo a atenção básica o “eixo de sustentação” do sistema e a ordenadora do cuidado, faz-se necessário uma superação do olhar fragmentado que separa a saúde mental das dimensões do usuário que está sendo cuidado na atenção básica e traz a abertura para pensar e reinventar formas de cuidado que transcendam a medicação ou o encaminhamento como formas exclusivas de cuidado (RIBEIRO; POÇO E PINTO, 2007, p. 20).

A potencialidade do cuidado na atenção básica está em olhar os usuários considerando não apenas as questões objetivas manifestas em sinais e sintomas mensuráveis, mas o todo, o subjetivo, de uma forma integral e pensar em ações de cuidado que vão além da remissão de sinais e sintomas (TESSE; POLI NETO; CAMPOS, 2010; FERREIRA NETO et al, 2011). Porém esta potencialidade só será possível diante de uma atuação articulada entre os serviços que compõem a rede de cuidado em saúde.

Evidencia-se nas falas que a busca do cuidado integral, além de ser prejudicada pela fragmentação do olhar do profissional que atua na atenção básica, esbarra na fragmentação do cuidado necessário entre os serviços que fazem parte da rede de atenção à saúde.

“[...] parece que existe várias saúde dentro de uma só. A gente não consegue trabalhar em rede! A gente não consegue trabalhar todo mundo junto em prol daquela pessoa. As vezes o paciente faz o mesmo tratamento com três médicos diferentes” Carla.

Concordamos com Carvalho (2003, p. 122) que um “visão integradora do caso” resulta em ações e procedimentos planejados por meio da produção de conhecimento oriundo dos distintos membros de equipes sobre um mesmo problema trazido pelo usuário. A dificuldade está em produzir “núcleos comuns de discussão de caso” (CARVALHO, 2003, p.122). As equipes que buscam superar o cuidado fragmentado, resultante do alto grau de especialização da saúde, tem como desafio centrar a atenção no usuário e favorecer espaços comuns para discussão em que os conhecimentos possam ser justapostos e as ações planejadas em conjunto (CARVALHO, 2003; PEDUZZI, 2001).

Para um dos sujeitos da pesquisa a dificuldade frente a este desafio está na falta de maturidade e/ou a não valorização da integralidade entre os profissionais que atuam em diferentes serviços da rede.

“O certo seria essa integração. Mas parece que ainda não esta assim muito amadurecida essa integração, muitas vezes a gente fica sabendo porque o vizinho falou que internou, que teve algum problema... as vezes as meninas ligam lá para saber né. Mas é mais assim, mas não é tão... acho que uma coisa tão automática assim como se fosse né... ainda não é uma coisa automática [...]” Samara.

A falta desta integração traz um prejuízo à continuação do cuidado que este usuário receberá na Saúde da Família que é a referência para o seu cuidado, o que é um agravante.

“[...] depois que um paciente consulta com um especialista quem acaba fazendo todo o seguimento dele, na grande maioria das vezes, é o próprio médico da atenção básica né. É o próprio profissional da atenção básica e a gente não sabe o que aconteceu nessa consulta com o especialista e o tratamento que foi prescrito né, as orientações do colega para dar seguimento do caso, então não há um retorno. A gente acaba sabendo do que aconteceu, do que foi proposto, se confirmou a hipótese diagnóstica ou não, é através do próprio paciente” Vanessa.

A principal finalidade da lógica de integração dos serviços de saúde em redes é alcançar uma melhor eficiência em suas ações, por meio de uma maior racionalidade entre os serviços. O resultado desta integração se traduz em redução de custos e procedimentos duplos, além de favorecer o acesso e a expansão dos serviços (SANTOS; ANDRADE, 2008).

“[...] tem pessoas que tem problemas aqui vamos integrar, porque os doentes são os mesmos não são? [...] a gente, as vezes, faz atendimento dúbios coisas que você nem precisava, então eu acho que tem que ter essa integração, né. Mas eu acho que pra isso a equipe também tem que ter alguma capacitação pra isso” Samara.

De acordo com esta fala, a integralidade favorece o acompanhamento dos casos de maneira longitudinal, favorecendo a adesão e o acompanhamento do tratamento proposto, assim como evita que um mesmo usuário transite por diversos serviços da rede de saúde sem necessidade. Porém nos chamou a atenção uma contradição apresentada entre o discurso

acima sobre as concepções de integralidade e a vivência, com um caso específico, relatada por um profissional da mesma equipe em que o profissional diz:

“Eu tenho um paciente mesmo, o ‘Edu’, ele é do CAPS ele não passa, nunca passou em consulta com a doutora aqui” Jane.

Evidencia-se a presença da fragmentação do cuidado diante da afirmação do discurso acima. A dificuldade de colocar em prática o discurso sobre a integralidade do cuidado é algo que não podemos desconsiderar, principalmente quando a questão em foco se refere a transtornos mentais. Isso porque o estigma que permeia o conceito do “louco” distancia as equipes de saúde desta pessoa, mesmo tendo o conhecimento sobre o usuário e sabendo que ele não é agressivo.

“Por exemplo, vou citar um paciente que a gente tem, ele fica no CAPS as vezes, o Lucas, o ‘Krim’ né, ele é uma pessoa, ele me dá medo não pelas crises dele assim, “ah ele tá em crise”, não. [...] Por exemplo, as vezes eu tava conversando com uma paciente aqui, ou até mesmo com a agente dele [...] ele olhou, gritou nosso nome, cumprimentou e veio num carreirão! Ce fala: “gente, na hora que chegar perto de mim o que eu vou fazer? [...] eu não sei se ele ia correr, ia parar e ficar me encarando como ele faz sempre. Porque ele é de parar e ficar me olhando. Ce fala assim, será que ele vai me bater agora ou daqui a pouco? Ce fica nessa situação. (mas ele já te agrediu?) Não, a agressão dele é assim, as vezes ele tá conversando com você aí ele conversa te dando tapa [...] as vezes ele tá falando comigo e eu estava sozinha, aí eu preferia levar aquele tapinha no ombro do que falar alguma coisa, porque pra onde que eu corro, porque muitas vezes você tá na rua sozinha e ninguém tá passando e ele é um moço, um rapaz forte assim, então eu fico com medo com esse problema, porque se agredir como que eu vou conseguir segurar, eu não vou ter força para segurar [...]” Marly.

Percebemos que, mesmo diante do esforço nacional e mundial para transformar a assistência psiquiátrica tradicional, o “modelo asilar de intervenção sobre a doença mental, todavia, cristalizou uma relação de dependência da qual tanto os técnicos quanto seus pacientes, em suas experiências terapêuticas, têm tido grande dificuldade de se libertar” (RIBEIRO; POÇO; PINTO, 2007, p.17).

O fato deste usuário estar vinculado a um serviço substitutivo de atenção em saúde mental vem acompanhado da idéia de que o cuidado a esta pessoa é de responsabilidade exclusiva do serviço especializado e influencia as posturas e práticas dos profissionais que atuam na atenção básica. O fato de “ser do” CAPS exclui a necessidade de acompanhamento e cuidado na ESF?

Mattos (2001) faz um alerta para que não ocorra um esvaziamento dos significados do princípio da integralidade. O autor diz que a “banalização do uso” é uma das formas possíveis de esvaziar o sentido. Utilizar a expressão de “tal modo que todos a defendam, mas o façam sem exatamente saber o que defendem” (MATTOS, 2001, p. 43).

Segundo Ribeiro e Poço (2007, p 35) as equipes que atuam na atenção básica, por ter profissionais com formação generalista, tem mais habilidades para identificar problemas em que as causas são tipicamente orgânicas. Esta visão generalista é o que potencializa a equipe de atuação coletiva no cuidado às pessoas com transtornos mentais, já que estas “têm um maior risco de sofrer doenças físicas, devido a função imunológica prejudicada, condutas de saúde inadequadas, baixa adesão ao tratamento prescrito e barreiras no acesso ao tratamento de moléstias orgânicas”.

Para Mattos (2001, 54) não é possível admitir que um mesmo usuário seja encaminhado para serviços distintos dentro do sistema na busca de uma solução para o seu problema. A noção de integralidade enquanto ‘horizontalização’ de ações e programas é exigida para a superação desta deficiência. Para isso as práticas devem ser pensadas de forma horizontal, a partir das reais necessidades dos usuários e não apenas limitadas às ações inclusas neste ou naquele programa específico, preconizado pelo Ministério da Saúde.

“A gente aprende a cuidar de criança, a cuidar de um idoso, mas a gente não aprende a cuidar dessa criança até ele virar idoso. Até criança é responsabilidade minha, depois adulto...(adulto não mais) E depois idoso, no fim da vida é que vamos ver como que ele tá. O que ele passou essa vida toda a gente não aprende a fazer. Aprende se ele tiver algum problema. Colesterol, diabetes, hipertensão, porque aí ele tem que vir até a gente regularmente se não vai ter agravo. Se não, se for uma pessoa considerada saudável ela não vem até nós e nós também não vamos até ela. E isso é uma falha do sistema, nossa e que infelizmente a gente não pode fazer muita coisa” Carla.

Os programas definidos como estratégias do Sistema Único de Saúde com vistas à melhor operacionalização da atenção básica – saúde da mulher, da criança e do idoso, controle da hipertensão arterial e diabete, etc.– para ser efetivo e favorecer o olhar e o cuidado integral deve ser inserido dentro de uma atenção horizontalizada, em que as outras dimensões inerentes à vida do usuário sejam consideradas no planejamento do cuidado (BRASIL, 2006b; FERREIRA NETO et al.; 2011, CAMPOS; AMARAL, 2007).

“Os focos tradicionais (criança e idoso), ou então esse adulto em fases: diabetes, hipertensos, a mulher se estiver gestante... Tem cursos PRA GESTANTE, não tem curso pra adolescentes ou pra mulheres recém casadas se elas pretende ter filhos! A gente não nasce sabendo a cuidar de criança eu acho que tinha que ter” Carla.

“ Sabe, a gente tem muito paciente com problema de depressão aqui. E toda a vez a gente tem grupos, mas sempre de hipertenso e diabéticos. O programa ele não foca só isso, ele faz prevenção da saúde, então prevenção da saúde ele engloba tudo, não só a pessoa que é diabética ou hipertensa e eles focam mais nisso, só que tem muitas pessoas nos grupos que a gente faz que tem depressão e quando vai em reunião arruma um podólogo, um nutricionista pra falar de comida, mas tem mulheres que tem depressão ali, tem MUITA GENTE!” Jane.

Estes discursos mostram que os grupos existentes como forma de executar o cuidado são pensados não de acordo com as necessidades da população adscrita e sim por padrões

previamente estabelecidos. Porém, se há programas previamente estabelecidos como forma de operacionalizar o SUS, existe também a flexibilidade para que outros programas com ações em diferentes áreas sejam elaborados e definidos de acordo com as demandas regionais e locais mediante pactuações entre os serviços (BRASIL, 2006b; CECILIO, 2001). Para isso, o compromisso do profissional que atua nos serviços de saúde com a integralidade é indispensável.

“O que dificulta (o cuidado integral) é de ter falta de profissional comprometido, as vezes, você manda para uma pessoa que é especialista e não tem um olhar como devia ter. Não vê o que o paciente ta passando e todos os outros problemas que eles tem” Samara.

A racionalidade médica com foco anátomo-patológico limita e reduz o cuidado aumentando a distância necessária para o alcance de um cuidado baseado em uma postura e em um olhar integral. Superar os limites dessa racionalidade médica dentro da rede de atenção é mais um desafio para os profissionais que aí atuam (MATTOS, 2001).

Cecílio (2001, p. 119) enfatiza que os profissionais de saúde devem procurar maneiras novas de pensar e realizar seu trabalho. Considerar o “modo de andar a vida” do usuário que está sendo cuidado, assim como “*seu círculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença*” deve fazer parte desta nova maneira de pensar ações de saúde. Mesmo sendo uma postura difícil de alcançar na prática diária, a superação da fragmentação do cuidado que consegue apenas resolver os problemas pontuais apenas será possível com novas formas de operacionalizar o trabalho em saúde.

4.1.3 Saúde mental e trabalho em equipe: caminhos percorridos para a construção do cuidado

Esta subcategoria diz respeito ao modelo de atenção que sustenta as práticas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família que fizeram parte deste estudo.

Ficou evidente que a construção do cuidado na equipe começa quando existe uma situação problema relacionada à saúde mental a qual é identificada no domicílio.

“A gente vai fazer visita para algum paciente, às vezes eles queixam alguma coisa e a gente tenta conversar, se a gente não conseguir na hora, na hora da reunião a gente tira sugestão com a equipe como que pode resolver os problemas dos pacientes” Rebeca.

Após a identificação do problema, geralmente feita pelo agente comunitário de saúde, o caso é colocado em reunião de equipe e uma estratégia de ação é pensada. Porém, a construção do projeto terapêutico não é formalizada ou sistematizada.

“Às vezes a gente faz a reunião na sexta-feira, às vezes quando a gente tá com um probleminha a gente acaba expondo o caso, ajuda a resolver” Marly.

Peduzzi, (2001, p. 105) ampara-se no “agir comunicativo” de Habermas para ressaltar a interação entre os profissionais que resulta em um plano de ação. Este plano é traçado mediante um acordo e o seu alcance pode ser mensurado pelas “pretensões de validade” que aparecem de forma intersubjetiva durante a comunicação existente entre as pessoas envolvidas.

A troca de conhecimento diante de vivências com situações semelhantes favorecem o lidar do agente comunitário de saúde com o usuário que inspira cuidados. O discurso a seguir reflete claramente esta questão.

“Eu acho que o que facilita para ter esse cuidado integral é a gente se comunicar. As vezes tá acontecendo alguma coisa com um paciente meu, as vezes eu comento com algumas das meninas que já passou por isso... “ah Marly, age desta maneira que dá certo!” Marly.

Neste caso, a comunicação é restrita e é utilizada para a otimizar as técnicas que permeiam o cuidado, não se configurando em um “agir comunicativo” (Peduzzi, 2001, p. 105).

Mesmo havendo certa comunicação, esta é de caráter informal havendo uma sobreposição das questões pessoais sobre as dimensões técnicas (PEDUZZI, 2001; 2007). Assim, não é possível lograr uma sistematização para a elaboração deste cuidado. A fala acima demonstra que, teoricamente, a comunicação é algo considerado relevante na busca do planejamento do cuidado, mas este planejamento não é sistematizado e não existe a construção de um projeto terapêutico consistente para os casos.

Porém, o relacionamento e confiança presente entre os membros da equipe ganha um caráter terapêutico e benéfico para o profissional que está envolvido no cuidado de problemas relacionados à saúde mental. Isso porque as trocas de vivências em que o profissional expõe as dificuldades e conquistas sobre um caso que tem características semelhantes, mesmo não sendo de maneira formal, diminuem a sensação de insegurança diante do desafio de cuidado presente no novo caso.

“A gente sempre troca “ah to com um paciente assim, assim, assim...” aí a gente conversa (entre as agentes). A gente troca sim essas experiências. Isso aí ajuda também” Rebeca.

O processo de trabalho que envolve a construção do cuidado é permeado pela relação entre as atividades a serem executadas para a realização do trabalho e as interações existentes

entre as pessoas que estão diretamente envolvidas neste processo e buscam encontrar um consenso frente ao caso (PEDUZZI, 2001).

O processo que orienta o modelo de cuidado está centrado no profissional e não nas necessidades de saúde do usuário. Isto fica claro na fala de abaixo:

“É, antes que seja alguma ação a agente comunitária tem que ir na casa, se eu vou e vejo que é uma situação que a pessoa precisa de um cuidado de enfermagem, eu tenho que chegar aqui e passar para a enfermeira. Se é um dia em que ela não está disponível, ela não pode ir naquele dia, entendeu. Por exemplo, eu chego com um problema, eu fiz uma visita na quinta, na sexta-feira ela tem uma reunião na secretaria, não tem como ela ir. E para eu conseguir levar a médica, tem que ser através do parecer da enfermeira. Então se eu não levei ela e a pessoa precisa de uma medicação ou de alguma coisa que eu sei que a gente pode oferecer, não tem como levar a médica entendeu. A gente fica ainda restrito a este tipo de coisa” Silvana.

Os diferentes profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família, assim como a lógica de organização do trabalho com as visitas domiciliares e a atuação no território fazem dela uma estratégia potente para superar o modelo de cuidado biomédico em que o foco está na doença e não no processo vivenciado pelo sujeito que adocece. Neste contexto de mudança as reuniões realizadas pela equipe se constituem em parte fundamental para a construção de projetos terapêuticos, acompanhamento de casos e também é um espaço onde o profissional tem a oportunidade de expressar angústias diante de casos complexos que trazem sofrimento e sobrecarga (BRASIL, 2006c; DELFINI; et al, 2009).

Porém, a existência de uma equipe multiprofissional não significa automaticamente uma atuação integral. Se não houver um espaço em que os profissionais, que compõem esta equipe, oriundos de distintas especialidades, possam problematizar as questões que envolvem a fragmentação do cuidado, mesmo que estes profissionais trabalhem em conjunto a abordagem ao usuário continuará sendo unicamente técnica e fragmentada (PEDUZZI, 2001; 2007).

A existência de uma hierarquização que configura o trabalho em equipe na perspectiva da relação de poder, foi algo que emergiu dos relatos colhidos com os profissionais das equipes.

“Geralmente a gente tem reunião de equipe, a gente conversa fala “ah tem uma pessoa da minha área que tá meio deprimida ou que tem problemas tal...” muitas vezes a gente já marca consulta, conversa dependendo de como for a gente tem que ir, vai ao domicílio dependendo do caso, para pelo menos assim, ter uma idéia do que é o problema, porque as vezes não é tudo aquilo que falam. Pra pelo menos ter uma noção do diagnóstico e o que da pra gente resolver a gente resolve, o que não da a gente tem que entrar em contato com o pessoal da saúde mental né” Aline.

Confirmar o que o agente comunitário de saúde diz sobre determinado caso “porque às vezes não é tudo aquilo que falam” é uma postura que desqualifica a avaliação do outro

profissional e indica que, apesar da equipe ser formada por diferentes profissionais que têm atuações diferentes e competências distintas, a palavra final, assim como a conduta a ser seguida é a que provêm do profissional médico.

O cuidado integral é possível se houver uma ação pensada e planejada por um conjunto diversificado de profissionais oriundos de diferentes áreas de atuação. Para Peduzzi (2001) as desigualdades existentes na área da saúde são decorrentes não apenas pela diferença na competência técnica, mas também pela valorização social de determinadas práticas.

A prática médica, apesar de ser “fundadora da técnica científica moderna na área da saúde e, portanto, núcleo original do qual outros trabalhos especializados derivam” (PEDUZZI, 2001, p. 107) tem um valor social diferenciado que, muitas vezes, limita a autonomia, interação e atuação dos outros profissionais e, conseqüentemente, dificulta o alcance do cuidado integral. Mesmo no trabalho coletivo em que estas desigualdades deveriam ser amenizadas, o profissional não médico, alienado pela influência deste valor social, perde a “capacidade de ser sujeito no sentido de posicionar-se diante das situações e tomar decisões, ciente das regras e dos valores que fundamentam os consensos” (PEDUZZI, 2001, p. 107).

“A conduta da equipe sempre parte da conduta médica né. A gente se vê um problema que não tá conseguindo resolver este paciente ainda não é da saúde mental, agenda uma consulta médica, aí a maioria deles saem encaminhados para a saúde mental” Samara.

O profissional é um agente que se encontra dentro das relações existentes entre o “objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho” (PEDUZZI 2001, p. 104) executando neste cenário as competências específicas de sua área de atuação profissional e operando transformações intencionais segundo a finalidade almejada em cada caso.

A divisão técnica do trabalho entre os membros da equipe, mesmo trazendo fracionamento das condutas dentro de um mesmo processo de trabalho, é acompanhada também por aspectos que trazem a necessidade de complementaridade e interdependência entre os profissionais que, apesar de especialidades distintas, atuam em uma única área de produção. Além destes fatores se faz necessário considerar que toda divisão técnica do trabalho traz em si significados, relações políticas e ideológicas devido, não apenas à dimensão técnica, mas também à dimensão social que permeia esta divisão (PEDUZZI, 2001; MATUMOTO et al, 2005).

“Normalmente, se a pessoa ta em algum surto, a parte do balcão procura dar a primeira acolhida, tenta identificar o que é que ta acontecendo, ai nós vamos atrás da enfermeira e passamos o caso pra ela, ela traz até a sala, conversa e tenta acalmar a pessoa. Se não conseguir, ai é encaminhado para o doutor, o doutor faz isso que eu falei, provavelmente eu não sei qual vai ser a conduta dele, mas ele costuma passar uma medicação e encaminha para a saúde mental, esse é o tramite” Juliana.

Segundo Peduzzi, (2001) as equipes podem ser classificadas em equipe agrupamento em que a fragmentação é visível nas ações que são justapostas e realizada por um agrupamento de agentes ou equipe integração onde há uma articulação e conexão entre as situações que envolvem a intervenção e a interação dentre os agentes responsáveis pela realização do trabalho. Os relatos dos sujeitos em estudo sugerem que o trabalho é realizado por um agrupamento de agentes e não por uma equipe integrada.

A postura do profissional que atua nos serviços de saúde é fundamental para o alcance de um cuidado integral, no entanto, “em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho” (MATTOS, 2001, p.52). Mais eficaz seria pensar na dimensão da integralidade na prática diária em que ocorre o encontro entre o usuário e o profissional de saúde, sendo que este último é responsável por uma postura que contemple e configure esta prática de acordo com os sentidos da integralidade.

Merhy (2001) aposta na reinvenção da lógica que sustenta o processo de trabalho como necessária para o alcance de uma mudança no modo de produção de saúde. Sendo que esta reinvenção é fruto de uma tarefa coletiva dos profissionais que atuam na área.

Repensar o planejamento, a gestão, as práticas de saúde que permeiam o cuidado, assim como repensar a melhor forma de construir novos saberes que amparam estas práticas, faz parte da luta por uma atuação profissional pautada na busca de um cuidado integral (CECÍLIO, 2001; MATUMOTO et al, 2005). Assim, produzir saúde não é uma tarefa individual e sim responsabilidade de todos os integrantes da equipe que atuam nos serviços de saúde.

Concordamos com Campos (2007, p.) quando diz que “o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública”, porém, a eficácia do trabalho dependerá da co-responsabilidade entre os vários membros da equipe pela promoção de saúde dos seus usuários.

Diante da dinâmica imprecisa que configura o dia a dia de um serviço de saúde, tanto a autonomia quanto o conhecimento, o improvisado, a ousadia, a criatividade, a diversidade e velocidade devem fazer parte dos conceitos que amparam e sustentam as ações pensadas e

planejadas pela equipe em busca de um cuidado integral. Conceitos que não excluem a necessidade de sistematizar e organizar as intervenções, pelo contrário, diante da complexa relação de situações e contextos que permeiam os problemas de saúde mental esta sistematização se faz imprescindível.

Caminhando para uma maior aproximação e reflexão sobre o cuidado integral na Saúde da Família, seguiremos apresentando e discutindo os sentidos produzidos pelos sujeitos da pesquisa, relacionados à integração dos serviços que compõe a rede de saúde com a SF.

4.2 REDE INTEGRALIZADA: A potencialidade da Saúde da Família em consolidar a rede de cuidado integral

A saúde da família se faz potente pela lógica de atuação do trabalho com foco territorial e por ser a porta preferencial de acesso dos usuários ao cuidado oferecido no Sistema Único de Saúde.

Os sentidos produzidos em relação a esta potencialidade estão relacionados ao cuidado longitudinal desenvolvido nestes serviços; vínculo e escuta, construídos com a proximidade entre profissionais e usuários e possibilidade de aumento da capacidade resolutiva com um apoio especializado sustentável.

4.2.1 A relevância da Saúde da Família na articulação entre os serviços que compõe a rede de cuidado

Um dos fundamentos da atenção básica é “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde” (BRASIL, 2006c, p. 3). Para tanto, prioriza a saúde da família como estratégia de ação por ser esta organizada segundo lógica territorial, fato que favorece um planejamento adequado de acordo com as peculiaridades e características de cada território.

A prática clínica desenvolvida na atenção básica difere da prática hospitalar ou ambulatorial devido à forma de organizar suas ações considerando a “longitudinalidade (continuidade do cuidado), abrangência (integralidade da atenção) e coordenação das ações (hierarquização)” (RIBEIRO; POÇO; PINTO, 2007, p. 19). Além disso, a possibilidade de aumentar a resolubilidade no primeiro nível de atenção e o cenário propício para a construção

de vínculos faz da saúde da família, a estratégia prioritária para alteração do modelo de atenção antes focado na doença e hoje focado na promoção da saúde (RIBEIRO; POÇO; PINTO, 2007; SILVA, 2008b).

Apesar de longo, o relato abaixo foi escolhido por retratar de forma clara a potencialidade da saúde da família em ordenar os cuidados na rede de atenção. Esta potencialidade se dá principalmente pelo fato da equipe conhecer a dinâmica que permeia a vida dos usuários adscritos. Diferente da atuação tradicional queixa/conduita, as intervenções e planejamento do cuidado nesta lógica transcendem a queixa.

“Sabe o que eu acho a maior facilidade no Saúde da Família, a diferença de uma Unidade Básica que você conhece toda a família, entendeu? Então você conhece desde o filhinho, o mais velho, o do meio, os avós muitas vezes né, porque muitas vezes a agente passa a história, muitas vezes você conhece o domicílio, muitas vezes sabe que a criança tem um problema que ela não vai resolver, ah é uma crise de bronco espasmo que nunca melhora, toma dez mil remédios, só que todo mundo fuma na casa, a casa não é ventilada, não tem forro, como é que você vai querer melhorar uma criança assim, então você vai dar medicamento e nunca melhora. Então se vai descobrir que a pessoa não melhora, mas também ela não toma remédio né, a vizinha fala que “ele joga tudo fora”, né acha que a gente ta fazendo tudo certinho e o tratamento não ta dando certo, ai você descobre que não é isso. Na Saúde da Família você consegue descobrir isso ai mais fácil do que na Unidade Básica que a pessoa vem, você trata a queixa, muitas vezes você não sabe né, você não sabe de história familiar, então eu acho que a Saúde da Família integra nesse sentido. Então tem muitas coisas que você fala assim “Nossa Senhora né, então isso ai, isso aqui ta acontecendo por todas aquelas coisas que tem em volta”, então eu acho que a vantagem da Saúde da Família é essa, tem uma integração melhor. A agente ta lá, praticamente ali dentro né, e te passa essas informações, isso daí é muito importante, [...] então a vantagem de você trabalhar na Saúde da Família, eu acho que é essa né, de você tentar contornar o problema por outra forma entendeu, né. Então ai é diferente” Aline.

Os profissionais da SF percebem a complexidade do cuidado desenvolvido na atenção básica pautado em um cuidado longitudinal, singularizado, em que o contexto e a dinâmica familiar são considerados, porém, a falta de reconhecimento por parte dos profissionais que atuam na assistência especializada no município é identificada como um entrave para o alcance de um cuidado efetivo e integral no nível básico.

“Eu recebo mais contra-referências de colegas de fora de Barretos do que de profissionais daqui do município. Principalmente dos colegas de hospitais escola né. Hospitais de base de São José do Rio Preto, Hospital das Clínicas de Ribeirão da USP né. Esses hospitais e os colegas, eles tem um maior cuidado por que sabem realmente que o tratamento e o acompanhamento vai ser feito na base né. [...] porque a gente sabe que este paciente vai ser mais visto pelo colega aqui do que o próprio especialista” Vanessa.

“[...] as vezes quando a gente pergunta de um paciente (o profissional do serviço especializado responde) “ta tudo bem, ta sendo acompanhado pelo CAPS”, “eu sei, mas ele não mora no CAPS” deu até vontade de falar ele mora ali, ele vai no postinho, ele busca leite, pega remédio, e ai? [...] isso se nós somos, se eles (os profissionais do serviço especializado) acham que nós somos capazes de lidar com o paciente, se querem nos treinar para isso, então devolvam mais, devolvam o paciente com a conduta que tem que ser tomada, ELES SABEM que aqui é uma equipe” Samara.

Sabemos que os processos de referências e contra-referências, apesar de ter sua importância para a organização dos fluxos que compõem a linha de cuidado, não é uma forma

exclusiva que garanta a efetividade deste em rede. Isso porque os gestores que atuam nos serviços tem autonomia para pactuar os fluxos ou reorganizar os processos de trabalho de suas unidades de maneira que facilite e otimize o acesso dos usuários aos diferentes serviços e unidades de saúde (FRANCO; BATISTA FRANCO, 2007).

Uma “linha” que direciona o caminho a seguir entre os diferentes serviços de saúde inseridos ou não no SUS foi o desenho pensado para visualizar o itinerário dos usuários que, dependendo da necessidade, serão orientados a trilhar um caminho exclusivo que os conduzirão a pontos específicos dentro da rede de serviços. Esta trilha ou caminho será adequado às necessidades apresentadas, independente de onde estas necessidades se encontram: promoção, prevenção, reabilitação ou cura (FRANCO; BATISTA FRANCO, 2007; SILVA; MAGALHAES JR, 2008).

Porém, para que seja possível organizar a linha que contemplará as ações de cuidado de forma integral, sinalizando o fluxo que o usuário seguirá dentro da rede de serviços de saúde, a equipe que atua na atenção básica, em especial na estratégia saúde da família, precisa de um feedback – seja este por meio de impressos, contato telefônico ou contato pessoal – do serviço especializado para continuar o cuidado que, diante da necessidade de uma maior densidade tecnológica para o caso, foi encaminhado para outro nível de atenção.

“[...] quando você encaminha um paciente né, o médico da base aqui, da atenção básica... no meu caso. São por dois motivos né. Primeiro a impossibilidade do tratamento ser realizado aqui na atenção básica, as vezes é necessário exames mais sofisticados né, que na atenção básica nós não temos. Então por isso que o paciente é encaminhado. E tem um outro ponto de vista também em termos de avaliação do especialista com a terapêutica iniciada até pelo médico da atenção básica. Como, por exemplo, eu sempre encaminho, quando há necessidade, pra uma avaliação com o especialista iniciado um tratamento já né. Porque as vezes, a consulta com o especialista é um pouco demorada, então pra evitar que esse paciente fique esperando sem ter tratamento durante esse período, já é iniciado um tratamento aqui na atenção básica” Vanessa.

Se não houver acesso aos serviços de diferentes tecnologias não é possível alcançar um cuidado integral. Garantir a integralidade consiste em suprir as necessidades em um nível máximo de resolutividade para o problema de saúde que o usuário apresenta e vive, o que nem sempre é possível na atenção básica. Para tanto é necessário compartilhar a responsabilidade entre os demais serviços de saúde que fazem parte do sistema (CECÍLIO, 2001). Porém é neste nível de atenção que o usuário seguirá o tratamento e receberá o cuidado, por esta razão a atenção básica é fundamental na gestão e organização do cuidado.

“Muitas vezes o seguimento sou eu aqui que acabo fazendo né e, devido a um pouco da dificuldade do seguimento e retorno no serviço de referência né, eu acho o que melhoraria muito o atendimento seria um pouco da troca de experiência entre o médico aqui da atenção básica e o médico da referência né. Principalmente do ponto de vista de emissão de contra-referencia, tudo isso pra dar seguimento do caso” Vanessa.

Outro fundamento da atenção básica que queremos destacar neste trabalho é o de “efetivar a integralidade em seus vários aspectos”, sendo que, um dos caminhos para alcançar este objetivo é coordenar as ações de cuidado desenvolvido na rede (BRASIL, 2006c, p. 3).

Para os profissionais da estratégia saúde da família a dificuldade em coordenar as ações de cuidado para favorecer o caminhar do usuário pela linha de cuidado e assim oferecer um cuidado integral está na falta de continuidade do fluxo.

“A gente se vê um problema que não ta conseguindo resolver este paciente ainda não é da saúde mental, agenda uma consulta médica, aí a maioria deles saem encaminhados para a saúde mental. A nossa conduta é mesmo o fluxograma que a gente ter que seguir, a gente liga lá pra agendar essa consulta, o problema é daí, a hora que saiu daqui pra conseguir a consulta, pra conseguir a triagem. [...] a gente não consegue fazer muito porque o fluxo é muito interrompido. Sabe pra onde encaminhar, sabe pra quem encaminhar, mas não tem mais canal, ta muito entupida né, a saúde mental ta ENTUPIDA de gente!” Samara.

Para os sujeitos, a sobrecarga dos serviços especializados, consequente de uma demanda reprimida, acaba sendo um obstáculo que impede o usuário de seguir sua trilha na linha de cuidado traçada para ele. Os profissionais acreditam que um dos fatores que contribuem para esta sobrecarga é uma deficiência na qualidade do acolhimento realizado na própria atenção básica.

“Porque se não pode fica assim, dez psiquiatras atendendo no CAPS de plantão, vinte na saúde mental que não vai dar conta! Porque MUITAS coisas que chegam lá, eu tenho certeza que o psiquiatra olha, vocês olham e falam assim “Nossa, mas precisava encaminhar isso [...]” Mayte.

Para Ribeiro, Poço e Pinto (2007, p. 19), a atenção à saúde oferecida no nível básico “funciona como filtro entre a população geral e os cuidados de saúde especializados”. Principalmente quando a necessidade de cuidado se relaciona com problemas de saúde mental. O nível básico, conceito consolidado pelo SUS por meio da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, devido a sua lógica de atuação e contexto se faz o nível fundamental para facilitar o acesso e melhorar a qualidade do cuidado oferecido a estes usuários (RIBEIRO; POÇO; PINTO, 2007; SILVA, 2008a)

“[...] essa é a falha da tamanha demanda, porque se você tem muita demanda e tem pouco profissional e você tem instrumentos que pode te ajudar a facilitar, como é a Equipe Saúde da Família e você não usa, a tendência é sempre ficar defasado. Então eu vejo isso, dessa forma. As ações precisam estar onde as pessoas estão, inverte-se o paradigma asilar, o sujeito não é a especificidade individual, mas o conjunto de vínculos, de relações compartilhadas” Juliana.

Neste sentido Sampaio e Barroso (2001) trazem a reflexão sobre a “acessibilidade geográfica” que é traduzida pela facilidade que o usuário tem em ser atendido no serviço, e a

“acessibilidade política” que é a capacidade dos serviços organizarem suas ações de forma participativa, decidindo e planejando as ações em conjunto.

“É porque, eles (os usuários) relatam muito assim, é difícil pra gente porque eu sei que não é só isso que é feito no CAPS, “mas eu não quero mais ir pro CAPS, porque o que é que eu faço lá?”. Tipo assim, algumas outras coisas que eles pudessem estar fazendo aqui na comunidade ia evitar dele ir, “eu falo com a psicóloga não sei que dia, depois eu falo com outra pessoa e depois eu fico lá com os outros!” Juliana.

Neste caso, se houvesse “acessibilidade política” seria possível o planejamento de ações de promoção e cuidado em saúde mental explorando ou aproveitando as potencialidades do próprio território em que este usuário reside.

A integralidade neste contexto estaria na organização de forma contínua das ações e intervenções que fazem parte do processo de trabalho dos serviços envolvidos. Ampliar o olhar de atuação sobre os casos, assim como identificar necessidades expressas ou ocultas dos usuários será possível por meio da “perspectiva do diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde” (MATTOS, 2001, p57).

Para diminuir a demanda reprimida dos serviços especializados, os profissionais entrevistados apostam na integração entre os serviços de saúde como uma das maneiras de começar a se pensar a organização ou reorganização da rede de cuidados.

“Essa integração que a gente tinha que ter, que devia haver! Porque eu acho que a demanda muitas vezes que vai pra lá são muitos pacientes que nem deviam ser encaminhado pra lá, então, a gente teria que fazer uma triagem na unidade, a gente fala, no nível primário pra evitar de passar muito pra um terciário, entendeu? Né” Aline.

Para os próprios profissionais da atenção básica a demanda reprimida se justifica pelos inúmeros encaminhamentos que não indicam especialidade. Neste sentido, qualificar o cuidado por meio da ampliação da clínica na unidade básica diminuirá a demanda reprimida nos serviços especializados, melhorará o manejo para o cuidado específico e aumentará a resolutividade local.

“Muitas vezes isso ai não tem NADA a ver com psiquiatria, nem com a parte psíquica, psicológica. As vezes a criança tem um distúrbio neurológico, né. Da pra ser encaminhado por exemplo pro um neurologista ao invés de ser encaminhado por um psicólogo. Então os encaminhamentos diminuiria bastante, eu acho que ia selecionar mais” Mayte.

De acordo com Silva (2008a, p.152) não é possível pensar na estratégia saúde da família como “coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde” se não houver uma qualificação do cuidado dispensado neste âmbito. A educação permanente como ferramenta para a formação dos profissionais que atuam nos serviços da atenção básica, além

de favorecer a atualização profissional e suprir possíveis deficiências na formação, objetiva trabalhar os conceitos de equipe e interdisciplinariedade objetivando caminhar para a integralidade nas ações e no cuidado e assim aumentar o poder de resolução neste nível de atenção.

A capacitação é uma das necessidades emergentes apontadas pelos profissionais da saúde da família como forma de melhorar e qualificar as ações de saúde mental e assim aperfeiçoar a organização e orientação das ações na rede de cuidado. Porém os profissionais acreditam que também falta capacitação específica para os profissionais dos serviços especializados.

“Eu acho que esse modelo realmente é um modelo que funciona, mas acho que o grande problema é, muitas vezes a falta de profissional qualificado para dar esse tipo de atendimento” Vanessa.

Isso porque é comum flagrarem usuários que são assistidos pelos serviços especializados em saúde mental que apresentam sinais claros de um tratamento com foco na remissão dos sintomas imediatos não considerando os outros aspectos da vida do usuário.

“Muitas vezes se trata só o problema, se esquece da causa. Você não tratando a causa, ce nunca vai resolver o problema, ce vai amenizar! Se vai manter ele estável. Tem gente que toma remédio de saúde mental faz vinte anos! Fala que não consegue viver sem. “Se eu não tomar eu não durmo... se eu não tomar isso, não sei o que tem...” é assim [...] Ce tem a fase medicamentosa sim, mas sempre deixar claro pro paciente que esse remédio NÃO VAI SALVAR A VIDA DELE!” Josenita.

A atenção em saúde mental passou por um amplo processo de mudanças e rompimento de paradigmas até conquistar um tratamento em que o foco do cuidado fosse comunitário. Entre as mudanças significativas que contribuíram para esta conquista está o progresso farmacológico que aconteceu a partir de 1950 (RIBEIRO; POÇO; PINTO, 2007).

Apesar de inegável, o avanço trazido com as novas classes de medicamentos e a consequente modificação nos prognósticos de pessoas com transtornos mentais que passaram a evoluir de forma mais favorável, é preciso considerar outras dimensões da vida desta pessoa que sofre.

“Sabe ela, eu vejo, ela vai lá, vai, vai, vai eu falei “mãe o que ta acontecendo, a Marlene não vai mãe, o que ta acontecendo?” O remédio, já trocou de remédio, troca de remédio e ta ali naquela coisa parada, não vai menina, eu não entendo” Beatriz.

Mudar o modelo curativista/biomédico é um desafio que também está presente na atenção em saúde mental. Espera-se para isso que não só a o profissional da atenção básica em saúde, mas também os profissionais do serviço especializado tenham uma visão ampla das

complexas situações que circundam a saúde dos usuários dos serviços, assim como entendam que o trabalho em rede é fundamental para o enfrentamento destas complexidades (SILVA, 2008a).

“[...] porque eu vejo pacientes que tomam remédios, psicotrópicos, há MUITOS ANOS! As vezes só aumenta a dosagem. Porque né, não melhora! Não sai daquilo!? É só pra ficar daquele jeito?! É pra não piorar, mas possibilidade de melhora não tem?! Parece que ce ta condenado!” Carla.

Pensar na família e na rede de relações a que pertence o usuário é algo que tem sido construído na atuação das equipes de saúde da família. Porém, não podemos esquecer que a integralidade só será plena se houver ações que saiam da centralidade de um único serviço. Por mais holística que for a atuação da equipe, por melhor que seja o entrosamento entre os profissionais e o processo de trabalho local, a elaboração de projetos terapêuticos singulares que tragam melhorias significativas à vida dos usuários só serão possíveis se as ações forem pensadas em rede. De modo que todos os saberes, profissionais e tecnologias estejam articuladas e conectadas para que a promoção, prevenção e recuperação da saúde aconteçam independentes do nível de complexidade que seja necessária para isso (CECÍLIO, 2001; SANTOS, ANDRADE, 2008).

“Aqui, acho que o que seria MUITO mais interessante, o que as vezes é sempre falado em reunião né, é a troca de experiência de quem ta na base né, por exemplo o saúde da família, com a referencia. E isso SEMPRE é falado “não, vamo entrar em contato...” e na prática isso é um pouco difícil de acontecer né. Eu acho que se houvesse uma integralização melhor de todos os setores que dão atendimento a esse paciente, eu acho que esse atendimento seria de melhor qualidade!” Vanessa.

“[...] porque a gente sabe que, se a gente é atenção básica e ele é aqui do bairro, vai, vai passar por um MONTE de especialidades, mas esse paciente vai voltar pra nossa mão pra gente acompanhar [...]” Marcia.

Estas falas indicam que a integralidade sob esta perspectiva é difícil de ser vivenciada na prática dos profissionais que atuam na saúde da família o que traz prejuízo para o cuidado e dificulta a incorporação do papel da rede básica como organizadora do cuidado.

“Como que é, tem todo o histórico dele, a anamnese feita, eu acho que pra gente DAR CONTINUIDADE, não só ficar trocando receita! Pra gente da continuidade seria muito mais fácil! Longe de ocupar o espaço que é do psiquiatra né. Assim como eu não ocupo o espaço do cardiologista, do reumatologista, nada disso! [...] se tiver essa interação, vai acabar aqueles encaminhamento assim “paciente com crises de agressividade, necessita de avaliação psiquiátrica”, né. Eu acho que esse tipo de encaminhamento pararia, porque eu acho que recebe muito isso, né” Mayte.

Assim, a inserção das ações que refletem o cuidado realizado nos serviços especializados em saúde mental na atenção básica, é percebida pelos profissionais que atuam na saúde da família como a simples troca de receitas. As trocas efetivas de conhecimento

sobre o manejo específico de acordo com os casos que poderiam alterar esta realidade, não acontecem.

4.2.2 “Eu sou o vínculo”: vínculo e escuta, condutores essenciais de vida e cuidado

Nesta categoria os profissionais relatam as ações que caracterizam a dimensão do cuidado realizado pela equipe da Saúde da Família. Novos sentidos são desvelados para o cuidado em saúde mental diante das ferramentas que os profissionais utilizam para o cuidado diário desenvolvido no serviço. Porém, mais uma vez as possibilidades esbarram na falta de conhecimento, o que é tido como um fator limitante para o aumento da resolubilidade na atenção. Os sentidos produzidos em relação a estas questões são: o vínculo e a escuta como facilitador do cuidado e a capacitação como recurso para qualificar as ações desenvolvidas na atenção básica.

O vínculo estabelecido entre a equipe do SF e o usuário, pautado em uma relação de confiança mútua, além de favorecer a manutenção do cuidado dos usuários que apresentam problemas relacionados à saúde mental, favorece a identificação precoce de casos que necessitam de uma intervenção especializada.

“Eu sou o vínculo, eu vou na casa da família, tento trazer ela pra cá, aqui ela vai ter a enfermeira que vai tá cuidando um pouco, a médica, o dentista” Roberta.

“Eu acho que o grande triunfo do Saúde da Família é a confiança e o relacionamento entre a equipe e o usuário né, porque geralmente há um laço aí mais estreito né de confiança e realmente quando esses usuários nos procuram é pra tentar resolver os problemas deles né. Porque eles confiam na gente né, então, eu acho que é isso” Vanessa.

Cecílio (2001) trabalha com a idéia de que as necessidades de saúde das pessoas podem ser organizadas em quatro grandes conjuntos, entre eles está a insubstituível criação de vínculos efetivos e afetivos entre os usuários e os profissionais. Para o autor, vínculo reflete confiança e referência, assim o sistema passa a ter um “rosto” que é reconhecido pelo o usuário (CECÍLIO, 2001, p 114)

A escuta favorecida pelo vínculo existente entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado – profissional e usuário – além de promover saúde, favorece o reconhecimento do sentido do trabalho do profissional ao se reconhecer como parte do processo de promoção de saúde.

“Por a gente ir em domicílio a gente muitas vezes escuta muito. A gente as vezes nem aconselha, mas muita gente precisa só falar. [...] para alguns isso é suficiente, isso ajuda. [...] quando você para escutar alguém, ela percebe que ela é alguém, que ela é notada sabe eu acho que isso é uma ação inicial” Marly.

Para Campos (2007, p. 235), a fragmentação existente no processo de trabalho em saúde faz com que os atos realizados pelo profissional sejam “atos esvaziados de sentidos”. Recuperar o sentido do trabalho, além de favorecer o reconhecimento do sujeito profissional enquanto ator ativo, faz com que haja uma diminuição considerável na alienação produzida pela “organização parcelar do trabalho” (Campos, 2007, p. 234). O trabalho que depende de uma continuidade a qual o profissional não controla e até desconhece, não logra sentido, mas em práticas burocratizadas. Para o autor, o profissional que consegue reconhecer o seu trabalho de modo que haja um sentido para aquilo que faz, adquire maior criatividade no planejamento das ações “reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho favorece a criatividade e resgata o sentido” (Campos, 2007, p. 235). A prática clínica estruturada no vínculo é uma combinação de responsabilidade, liberdade e autonomia profissional que favorece esta reaproximação.

“Às vezes a pessoa sai até mais aliviada do que quando chegou, que as vezes as pessoas quando chegam angustiadas e quando saem falam “nossa eu melhorei e tal”. As vezes a pessoa não tem com quem conversar né, e eu acho que daí da pra gente fazer aqui [...]” Aline.

Os profissionais percebem que, em muitos casos, a escuta é uma intervenção resolutiva. A confiança e vínculo que existem entre os profissionais e usuários faz com que os primeiros sejam sensíveis para avaliar os casos que necessitam de uma intervenção em outro nível de atenção.

“[...] as vezes você vê que a pessoa precisa muito de conversar, é muito sozinha [...] eu não tenho como diagnosticar, mas você percebe que é uma pessoa depressiva e que ela poderia procurar um atendimento que seria muito mais fácil, né” Silvana.

“Muita gente a gente vê assim que ta no início sabe de uma depressão, porque depois que se instala, que fica aquela depressão mais severa, mais grave é mais difícil o paciente ter um retorno né. E a medicação é uma medicação forte, as vezes acaba prejudicando o estômago, coisas assim” Marly.

Melhorar a intencionalidade desta escuta é uma das potencialidades da rede integralizada que, se explorada, qualificará a clínica na atenção básica.

“O que facilita é a pessoa passar a confiar em você, ela vai te vendo TANTAS VEZES, que ela passa a ter uma confiança muito grande. Ela passa a te contar coisas que as vezes ela não conta pra ninguém, não só da saúde dela como da própria vida dela” Roberta.

A confiança construída com o vínculo se torna um facilitador do cuidado integral. Por meio dela os usuários não temem expor suas reais necessidades, além disso, as inúmeras

visitas domiciliares fazem com que o profissional perceba alterações mínimas no comportamento ou na dinâmica dos sujeitos que fazem parte da família.

“Os facilitadores eu acho que é o vínculo né, vincular! Você tira muita coisa do paciente. Tem muito paciente que passa aqui, você vê que já passou por outros locais onde não tinha vínculo, onde não foi resolvido o problema porque ninguém soube na verdade o que este paciente tinha” Samara.

A construção do vínculo é favorecida pela lógica de trabalho da saúde da família que tem como diferencial as visitas domiciliares e consequente aproximação dos profissionais de saúde ao complexo contexto de vida de seus usuários. A potencialidade da rede integralizada neste sentido está na possibilidade dos serviços especializados “tomar emprestado” o vínculo existente na estratégia saúde da família para favorecer a manutenção e qualidade do cuidado na atenção básica.

[...] as nossas feridas ai tão sendo acompanhadas, “ah mas olha, este mês não teve uma melhora, a gente vai pedir pra você ir no vascular”, ele fala “NÃO, pra que? ele nem desenrola a minha perna, ele nem tira a faixa que você colocou aqui!” Ai você assim, “ah, mas você tem que ir lá, que agora já não é pra mim, é pra vascular”. Essa falta de confiança do paciente em outro profissional e as vezes a falta de comprometimento profissional é o que da uma breçada aqui” Samara.

O conceito de vínculo pressupõe uma relação duradoura entre profissionais da saúde e usuários. O fato de ser uma relação de longo prazo favorece a humanização do contato, assim como o aumento da confiança entre os pares. Desta forma, os usuários passam a ser sujeitos ativos da relação e não meros consumidores esporádicos dos serviços de saúde (SILVA; MAGALHÃES, 2008).

Ouvir as demandas trazidas pelos pacientes, assim como construir uma relação de cuidado em que o outro é considerado como sujeito que traz consigo crenças, valores, temores, desejos, enfim, uma história de vida complexa, tem sido um grande desafio para os profissionais da saúde e causa de fracassos para a construção da confiança mútua necessária para o cuidar (SILVA JR; MERHY; CARVALHO, 2003).

“Assim, se a pessoa chega, as vezes a gente percebe, que já aconteceu da pessoa chegar procurando pelo clínico. Ai, de repente ela começa a desenvolver um choro, ai a gente pergunta “o que é que ta acontecendo” e ela fala “eu não to bem!”, “o que que a senhora quer? O que que a senhora deseja? A senhora quer conversar com alguém? A senhora quer ir para um lugar mais reservado?” Ai nós damos esta atenção. As vezes já conversa ali mesmo, mas nós pra não expor a pessoa, a gente sempre procura levar ela pra um lugar mais reservado. Ai é aonde nós solicitamos a enfermagem pra poder estar conversando com ela. É assim” Juliana.

A valorização da escuta e do vínculo no contexto da estratégia saúde da família realça a indignação dos profissionais diante da percepção da ausência tanto da escuta quanto do vínculo em outros cenários de cuidado à saúde.

“[...] mesmo em consultório particular não... não sei parece que eles não ouvem, o ouvir que ta faltando muito” Josenita.

O vínculo é percebido pelos profissionais da estratégia saúde da família como uma potente ferramenta que será uma aliada importante na construção do cuidado. Diante de uma situação que configure problemas de saúde mental e exija uma abordagem imediata, a conduta do profissional é identificar qual “o vínculo”, que este usuário que está em sofrimento, tem com o serviço e com quem. Priorizam a relação de confiança alcançada com o profissional, o qual o usuário se vinculou, para que inicie a intervenção.

“A equipe, na maioria das vezes, a gente tenta ver se algum membro da equipe tem um vínculo com aquela pessoa. Se ele é cadastrado ou se ele é amigo, se ele tem um vínculo maior com alguém. Ai aquela pessoa é que vai aborda-la que vai conversar com ele, porque com aquela pessoa ele já tem uma facilidade” Carla.

“ [...] Aquele paciente que só a agente ta vendo ele. Só a agente comunitária. tem pacientes que EU NÃO CONHEÇO, eu sei tudo, mas não conheço, ele nunca me deixou ver, por exemplo, que ele só vinculou na agente que é aquela que vai lá sempre” Samara.

Acreditamos na idéia expressa de Lanceti (2007, p. 20) que considera o vínculo como “o fio condutor do processo terapêutico”. A relevância do vínculo neste aspecto se assenta no fato de que este profissional ou esta equipe de referência, que atua na atenção primária, tem o papel tanto de cuidadores direto, como também de gestores do cuidado deste usuário nos caminhos possíveis que, de acordo com as necessidades, serão percorridos por este usuário na rede (SILVA; MAGALHÃES JR, 2008).

Outro aspecto relacionado à potente ferramenta do vínculo e da escuta é considerar o usuário como um sujeito ativo no planejamento do cuidado que será construído em conjunto com a equipe. A centralidade no diálogo e na escuta supera a cultura medicalizante e favorece, tanto o entendimento mais adequado das situações relacionadas à queixa trazida pelo usuário, quanto a autonomia deste sujeito.

“Eu acho que muita coisa daria pra ser resolvido aqui sem encaminhamento sem nada. Sem dipirona [...]é verdade, a pessoa chega aqui “ai to depressiva”, é fluoxetina, não, não é assim, ce tem saber de onde ta vindo a depressão dela” Beatriz.

“[...] o pessoal hoje acredita muito em remédio. “O remédio que vai me salvar! O remédio que vai me ajudar! O remédio...” e não é bem assim. [...] Ce chega na saúde mental, ce conversa com a médica, a médica faz uma receita, ce vai embora, passa na farmácia e pega o remédio e toma. Ce conta “ah aconteceu isso e isso e isso...” Primeiro, ce vê a médica de três em três meses. “Aconteceu isso e isso e isso!” “Ah ta, toma esse remedinho aqui... e vai ser feliz”. Não sei, eu não to criticando, eu to discutindo assim, o sistema! É assim que funciona!” Josenita.

Segundo Silva e Magalhaes Jr (2008) o vínculo deve ser utilizado para favorecer a busca de respostas para as necessidades trazidas pelos usuários, porém, a autonomia do usuário deve ser alvo das ações e intervenções da equipe de saúde para que este conduza a sua vida.

“Eu falei gente “esse menino, a gente tem que perguntar se ele quer ajuda, não é forçar ele”. Então ele vem aqui e, graças a Deus ele quis ajuda, só que hoje ele vive dopado. Agora ce não sabe se era melhor ele ter surto de vez em quando, por que era por droga né, ou deixar ele dopado do jeito que ele ta!” Aridiane.

Se esta autonomia não for perseguida, aumenta o risco de uma dependência patológica dos serviços de saúde. Dependência que, além de não lograr modificações no estado de saúde dos sujeitos, faz com que haja uma utilização desnecessária dos serviços e procedimentos de saúde.

Recusar o reducionismo de olhar o outro como uma doença, um objeto ou uma situação de sofrimento pontual que o usuário vivencia e permitir que haja uma abertura para que o diálogo aconteça é um caminho promissor e possível para o alcance de práticas pautadas no princípio da integralidade. Necessidades complexas exigem respostas que contemplem um amplo aspecto de situações e dimensões, o que não é possível com um olhar reducionista. Assim, “o princípio da integralidade implica superar reducionismos” (MATTOS, 2001, p. 62).

4.2.3 Apoio matricial de saúde mental: potencialidade de uma atenção qualificada, qualificadora e integral na saúde da família

Nesta subcategoria inclui-se a questão da capacitação, que é percebida pelos sujeitos pesquisados como fundamental para uma ação qualificada e conseqüentemente mais resolutiva na Saúde da Família. Além de favorecer a diminuição do sentimento de impotência diante de casos específicos relacionados a problemas de saúde mental, a capacitação aparece como determinante na superação da insegurança no manejo para os casos.

“Às vezes eles (os agentes comunitários de saúde) até comentam “a gente tinha que ter um poquinho mais de noção sobre isso, porque a gente não sabe como é que a gente vai manejar um paciente desse, né” Mayte.

A dificuldade no manejo adequado é percebida pelos profissionais como o principal desafio.

“[...] não é que a gente gostaria que tivesse uma equipe aqui fazendo isso, mas que nos orientasse de como fazer. É muito difícil! Muito difícil tratar um paciente assim. A gente pensa “e se a gente fizesse...” é difícil convencer um paciente assim a vir. Nós temos grupos, por exemplo, eu tenho uma paciente que... eu não tenho nem um grupo para saúde mental, mas se ela viesse no grupo dos hipertensos, no do diabetes e no da ginástica, eu acho que ela ia tá melhor. Porque o problema dela é fobia social. Mas como convencer essa paciente? Porque os nossos argumentos já foram! Então é nos orientar de como trabalhar com um paciente como esse eu acho que ajudaria” Samara.

“Mas como convencer essa paciente?”, “como fazer” é uma das principais dificuldades referida. A falta de respostas positivas diante das tentativas pensadas e desenvolvidas para os casos reforça a sensação de impotência e frustração do profissional que atua em nível básico.

Mais uma vez nos reportamos aos fundamentos da atenção básica que dizem que “valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação”. A capacitação é um recurso fundamental presente na Política Nacional da Atenção Básica para minimizar esta sensação de impotência que gera falta de estímulo profissional (BRASIL, 2006b).

Observa-se que a falta de ações específicas de prevenção e cuidado em saúde mental é justificada justamente pelo pouco conhecimento específico aos profissionais da atenção básica.

“[...] tinha que ter uma ação mais voltada, mas aí falta um pouco pra nós de conhecimento de saúde mental, de treinamento de como lidar com este tipo de paciente. De repente, eu já pensei muito isso, em propor uma terapia ocupacional, alguma coisa que a gente tivesse junto em uma tarde no centro comunitário, alguma coisa que envolvesse eles mais. Mais falta muito de saber lidar com esse paciente” Carla.

É interessante observar que além da falta de conhecimento, os profissionais que atuam na saúde da família referem que as informações específicas dos casos de usuários que são adscritos no território e são acompanhados pelos serviços especializados em saúde mental, não chegam até eles.

“Se eu vou na casa da pessoa, eu colho informação, eu te levo a informação, você tentou resolver alguma coisa, então porque você não pode trazer pra mim e falar “ó, tá assim, assim, assim...” sabe falar agora o que você tem que fazer e não é feito” Jane.

A fonte em que o profissional da SF busca as informações do tratamento e a intervenção realizada pelo serviço especializado é o próprio usuário ou a família, ou até o vizinho deste.

“Lá (no serviço especializado em saúde mental) não tem muito feedback não tem contra-referência também. Se o paciente sai daqui com guia de referência, não volta com guia de contra-referência! Cê não sabe que remédio que ele tá tomando a não ser que ele te conte “ô, a doutora me receitou isso, isso e isso”. Geralmente eles não sabem falar que remédio eles tão tomando! A maioria não. “Ah é

aquele lá o...o...o...” Ai se tem que elencar, ai... costuma lembrar o nome. Eu não fico sabendo. Só se ele me contar, ou se o vizinho me contar!” Josenita.

Para Ribeiro e Poço (2007, p.34) “nem sempre será possível, nem útil, um diagnóstico preciso, exato” na atenção básica, porém, é preciso que o profissional que atue neste nível de atenção seja capaz e identificar alterações de comportamentos que configurem sofrimento mental e saber avaliar a gravidade desta alteração. Principalmente alterações relacionadas aos diagnósticos dos transtornos mentais mais comuns, assim como reconhecer e avaliar as questões inerentes aos aspectos físicos, emocionais e psicossociais dos usuários.

“Até foi muito difícil para nós ver ele chegando aqui, nossa... tinha dia que ele chegava de um jeito que não tinha como uma pessoa olhar para ele e falar não ele tá certo deste jeito, NÃO TAVA. Isso... então uma pessoa que a gente conhece a muito tempo” Jane.

O contato próximo que a equipe saúde da família tem com os usuários, faz com que eles sejam sensíveis para perceberem alterações, mesmo que pequenas. O vínculo favorece o conhecimento da história de vida dos usuários. A dificuldade está em avaliar estas alterações e planejar um cuidado adequado.

Os profissionais estudados acreditam que se houvesse uma equipe especializada próxima às suas equipes com co-responsabilização dos casos, aumentaria a segurança e conhecimento para lidar e manejar os casos na própria SF, além de aliviar a sobrecarga dos serviços especializados por meio de um acolhimento mais qualificado.

“[...] Mas não era só o psiquiatra que a gente queria, até eu acho que muitos deles nem chegaria ao psiquiatra, era uma equipe mesmo. UMA PESSOA que pudesse estar com a gente a campo, UM DIA, nos pacientes que a gente levanta-se previamente, então a triagem ia ser feita aqui” Samara.

Lançando mão do vínculo e de um apoio especializado, a equipe da saúde da família teria um cuidado mais adequado, com encaminhamentos mais criteriosos e favoreceria assim o a diminuição da sobrecarga existente nos serviços especializados.

“[...] não é que a gente gostaria que tivesse uma equipe aqui fazendo isso, mas que nos orientasse de como fazer” Samara.

Orientar como fazer e ser co-responsável pelo cuidado é algo possível e incentivado pelo Ministério da Saúde por meio do Apoio Matricial em Saúde Mental.

Apoio Matricial é o nome dado por Campos (2007) à retaguarda técnica e assistencial oferecida por uma equipe especializada às equipes que atuam na atenção básica. Configura-se como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num

processo de construção compartilhada, criam propostas de intervenção pedagógico-terapêutica” (CAMPOS, 2007; CHIAVERINI, 2011, p. 13)

O apoio da equipe matricial se faz por meio de suporte técnico específico às equipes da atenção básica que estão sendo matriciadas. Este suporte favorece o desenvolvimento da elaboração de uma rede de cuidados em saúde mental a partir da atenção básica, diretriz que vem sendo construída pelo Ministério da Saúde nos últimos anos em que a estruturação da rede de cuidados em saúde mental deva ser construída a partir da atenção básica. Isso porque a atenção básica trabalha com a lógica territorial de cuidado, lógica em que o desenvolvimento do vínculo e acolhimento se faz presente (BRASIL, 2003; 2005).

Aumentar a resolutividade no nível básico é algo que os profissionais consideram importante para diminuir a demanda reprimida que sobrecarrega os serviços especializados em saúde mental e também diminuir o desgaste dos usuários que, ao ter suas necessidades saciadas na atenção básica, não precisarão mais ser referenciados a outro serviço de saúde.

“Tem paciente que é mais orientação do que medicamento, é mais orientação, é desenvolver alguns... por exemplo, tem pacientes que a gente consegue resolver um pouquinho dele aqui. Aquela paciente que chega chorosa, chorosa, no dia do leito chorando por causa da filha e tudo, então a gente resolve o probleminha da filha, resolvemos, agora a filha tá melhor, agora a filha diz que mudou, e ela está mais tranqüila. Você viu, já resolveu um pouquinho e nem foi lá” Samara.

Ribeiro e Poço (2007, p. 34) consideram fundamental que os profissionais que atuam na atenção básica saibam diferenciar um “sofrimento mental inespecífico” e conseqüentemente de menor gravidade de um transtorno mental psiquiátrico. Neste sentido, o apoio matricial em saúde mental passa a ser indispensável.

O Centro de Atenção Psicossocial do município de Barretos/SP iniciou, no segundo semestre de 2010, um trabalho semelhante à lógica organizacional do apoio matricial. Na época da coleta de dados desta pesquisa, duas, das três equipes pesquisadas, estavam vivenciando a aproximação da equipe especializada em saúde mental.

Os encontros foram organizados com um intervalo de quinze dias e na época da realização das entrevistas, cada uma das equipes tinha participado de três encontros. Diante deste contexto, apareceram nas falas dos sujeitos pesquisados, referências e impressões sobre esta aproximação e tentativa de matriciamento.

O Apoio Matricial em Saúde Mental é uma metodologia de trabalho potente na capacitação dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família, por esta razão, as falas e impressões dos profissionais relacionadas a este contexto serão incluída nesta discussão.

A equipe especializada em saúde mental não realizou consultas compartilhadas, sejam elas na unidade de saúde ou na casa do usuário, fato que, para os profissionais da SF, dificulta o alcance de uma melhor qualidade no planejamento do cuidado para o usuário.

“Então eu sei que na verdade o que queria o matriciamento era nos formar no apoio mesmo né, tentar fazer com que a gente pudesse apoiar, melhorar a qualidade de vida dos pacientes que estavam sendo assistidos aqui. Mas a gente precisava de uma equipe meio itinerante para resolver os problemas de saúde mental. E a gente tem muitos casos aqui que seriam, poderiam ser resolvidos ou melhorados com isso” Samara.

Para que o apoio matricial seja efetivo, é necessário que a equipe especializada considere a potencialidade do conhecimento que os profissionais da SF têm sobre as dinâmicas e singularidades das famílias adscritas na elaboração de projetos terapêuticos que visam a melhorar o cuidado dos usuários que apresentam transtornos mentais.

Considerar os diferentes saberes para a elaboração do plano de cuidado em conjunto é essencial na superação do modelo tradicional de organização do trabalho, para que este deixe de ser verticalizado, com diferentes níveis de autoridade e transferência de responsabilidade e passe a ser horizontalizado, em que haja integração dos diferentes saberes e assim potencialize as ações. Para tanto, é necessário que, entre a equipe de referência – que no caso seria a equipe da SF – e a equipe do Apoio Matricial, haja diálogo e respeito aos diferentes saberes envolvidos nesta relação. (CHIAVERINI, 2011; CAMPOS, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

De acordo com o Guia Prático de Matriciamento (CHIAVERINI, 2011, p.14), não é considerado matriciamento “encaminhamento ao especialista, atendimento individual pelo profissional de saúde mental e intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional da saúde mental”. Ou seja, apoio matricial se dá com ações em que a responsabilidade dos casos sejam compartilhadas, em que haja atendimento conjunto entre os profissionais do serviço especializado em saúde mental e o profissional que atua na atenção básica, utilizando assim diferentes olhares e diferentes saberes na elaboração do cuidado.

Elaborar um plano de cuidado que não objetive apenas a redução dos sintomas, mas sim trabalhe para a construção conjunta e intersetorial de um projeto de vida para os usuários é mais uma das potencialidades da rede integralizada. Para isso é necessária a superação do estigma. O medo do diferente, do “louco”, da pessoa que faz tratamento nos serviços de especializados em saúde mental é algo constantemente flagrado pelos profissionais da atenção básica.

“Mas dava para melhorar se a gente tivesse um melhor serviço aqui. E todo o mundo é desorientado enquanto a isso, não é só a saúde, a saúde é o que não podia ta desorientado né, mas todo o mundo é desorientado, já tive caso, por exemplo, uma vez eu queria colocar o Edu (usuário do CAPS) de todo o jeito eu queria colocar ele na ginástica porque ele tava de manhã muito danado. E ele ficava andando e a irmã dele falou assim “e ele acorda assim”, eu falei “então vamos colocar ele na ginástica, de repente ele gosta, lá tem capoeira...O professor ficou com medo! Depois eu fiquei pensando, “mas como ele não ficaria, ele não entende coitado, tem que ficar”. Os outros ficaram com medo, também o Edu não quis ir, mas ele não teve nem a oportunidade de ir, ninguém quis pegar ele! E não poderia? Claro que poderia. Eu já vi gente muito mais brava que o Edu! Claro que poderia, mas é isso aí, falta de orientar”. Samara.

É possível constatar com esta fala que, assim como em outras regiões do país, a superação do estigma é um desafio para o avanço e consolidação das propostas advindas com a Reforma Psiquiátrica no município de Barretos. Mesmo diante do fechamento do hospital psiquiátrico no município, as posturas diante de uma pessoa com diagnóstico de transtorno mental, continuam sendo excludentes.

Para os profissionais, um caminho possível em busca da superação é a disseminação do conhecimento, isso porque o que é desconhecido causa insegurança.

“Assim como as DST’s vem sendo feito um trabalho de divulgação até nas escolas, desde crianças, tem que ser feito sobre tudo. Porque nós não procuramos saber, o que é diferente as vezes não é interessante pra nós. Principalmente se for algo desagradável. [...] se você fala: “ah eu precisava conversar com um psicólogo!”, já ta depressivo, já ta, já ta em crise!. Nem procurar ce não pode. O preconceito te impede até de procurar, além de não oferecer, mesmo se você procurar ele coloca empecilhos” Carla.

Neste sentido, o apoio matricial também seria um forte aliado na disseminação do conhecimento, como também em pensar ações em conjunto para trabalhar a superação do estigma no território (CAMPOS, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Diante das falas, podemos perceber que os serviços especializados em saúde mental, principalmente o CAPS por ser este um equipamento que deveria ser responsável por organizar ações, parcerias e diálogos que favoreçam a diminuição do estigma, não estão sendo eficazes.

“A gente fica sabendo muitas vezes pela mídia, não é nem pela secretaria, daquela caminhada que eles fazem né, da luta antimanicomial tal... [...] não é uma crítica é só uma constatação de que não ta resolvendo, não quer dizer que sair na rua com esses pacientes que eles vão estar sob controle. Uma vez eu presenciei, que eles estavam andando no calçadão nesse dia aí da luta, e eu lembro que as pessoas falavam assim “ah perto do pessoal aí eu até fico perto deles, mas longe não!”. Quer dizer, isso não resolve o problema. Nós não somos orientados aqui, você imagina a pessoa na rua! Então tinha que ter mais coisas” Samara.

Esta fala nos provoca um questionamento: será que ações realizadas de forma isoladas e centralizadas no serviço especializado promovem a superação do estigma?

Reiteramos que as dificuldades em lidar com a nova forma de cuidado em saúde mental, que tem a reabilitação psicossocial e o cuidado comunitário como focos principais de sua atuação, é um desafio não só para os profissionais da atenção básica, mas também para os profissionais que atuam no serviço especializado, porém esperamos que o serviço especializado busque inovar e reinventar ações e posturas em direção a um cuidado integral.

“Até porque esses pacientes são sempre aqueles que estão perambulando na rua, que estão brigando... se eles convivessem no mesmo espaço que todo o mundo, se eles praticassem atividade física ali, por exemplo, o dia inteiro, se acha que alguém ia ter medo? Não! Ia ter confiança, ia vincular! Se eles pudessem ir na escola! Mas ninguém quer eles em lugar nenhum. E aí quanto mais eles ficam isolados, mais medo dá né e aí pior eles vão ficando!” Samara.

Para os profissionais entrevistados, a equipe da atenção básica é potente para auxiliar e favorecer a superação do estigma por meio da divulgação de conhecimento específico. Porém, para isso é necessária uma capacitação que oriente e direcione os caminhos, as ações e o manejo para abordar e conduzir estes casos.

“ Quantas coisas a gente trabalha! Quantas coisas a gente fala pro paciente, hanseníase, não tem a semana da hanseníase a gente fala sobre isso, daí a gente tem um monte de coisas para fazer da hanseníase o ano inteiro, TB a gente não tem um monte de coisa, e a saúde mental? Não tem nada! (ações específicas para superação de estigma) A gente fala pros pacientes “não precisa ter medo, tá tudo bem...” , mas isso não convence” Samara.

“[...] a gente ainda não é preparado nem pra ser perguntado e nem pra responder sobre isso! Você consegue perguntar com facilidade se a pessoa tem problema de pressão, de colesterol e de diabetes, ce não consegue perguntar se ela tem problemas psicológicos ou mentais. Porque parece que se você perguntar vai ficar parecendo que ce acha que ela tem. Então pra não correr o risco e de perder esse vínculo, aí a gente fica esperando. Eu sei de um a paciente minha que ela fazia tratamento, que ela tomava remédio, mas eu sei que ela fazia porque os vizinhos e o marido me contava, ela nunca me conto! Ela fazia tratamento no doutor Adriano tudo, só que ela nunca me contou” Carla.

Podemos perceber no discurso abaixo que houve falta de integração no olhar do especialista matriciador e no olhar do profissional da atenção básica. Para o profissional da atenção básica, mais importante que classificar o usuário em um código diagnóstico é conhecer o todo, o contexto, a família, a forma de funcionamento do usuário. Se o profissional da atenção básica acredita no usuário e o especialista da saúde mental não acredita no profissional não existe integração possível, não existe confiança.

“Eu não lembro o diagnóstico certinho que ele deu. Porque também ele não foi lá! Então assim, o diagnóstico dele foi baseado no que eu falei e muita coisa que eu falei ele não acreditava porque eu acreditava nela” Marly.

Para Santos e Andrade (2008) a organização de uma rede de cuidado se dá diante o reconhecimento tanto das dependências como das interdependências entre os serviços e profissionais envolvidos. Uma rede de cuidado pressupõe a construção coletiva da

operacionalização dos serviços. Os serviços que atuam de maneira diferente a isso, não são considerados redes e sim um agrupamento de diversos serviços de saúde

“[...] ele (usuário) mora aqui perto do posto e estava constantemente dentro do posto e... a gente percebia que a forma que a gente via ele não era a forma que o psiquiatra via. Então chegou um ponto que parecia que ele (o especialista em saúde mental) tava certo, que o sr. Olésio tava bem. Que nós que não víamos isso... que ele não tava sofrendo nenhum surto. Então pra mim era muito estranho, eu pensava assim, eu lembrava daquele homem que eu conheço a conduta dele quando ele está bem e eu lembrava dele chegando aqui no posto, de repente um dia com um óculos pintado com um coraçõzinho de verde... é um... se dizendo o dono de uma panificadora no outro dia, no outro dia ele trabalhava em outro serviço... que tava normal, o psiquiatra batia em outra tecla. Batia na tecla que tinha alguém dentro da casa dele que não estava bem. Não era ele, era a irmã dele” Roberta.

“A gente por fazer visitas domiciliares, ir lá conversar com os paciente e com a família, a gente tem uma visão as vezes assim, eu vou falar, global assim, do domicílio, da casa né. E quando, eu acho, que o paciente vai no consultório você vai ter uma visão do que ele passar pra você. A gente pode até cair, as vezes a pessoa quer afastar “ah eu vou no psiquiatra tal, vou meio descabelada”, não sei se você já ouviu isso, mas a gente ouve e ele vai dar o afastamento pra ela. Então assim, então o que acontece, a visão dele não era a nossa visão e a gente não tava conseguindo passar a visão pra ele” Marly.

Segundo Lanceti (2007, p.19), uma das idéias que apoiaram o planejamento e desenvolvimento do projeto QUALIS/SF foi a invenção. A invenção, devido a sua importância, fez parte do método utilizado para que os profissionais passassem a olhar o usuário “primeiro como um cidadão e depois um quadro psicopatológico”.

Mesmo sem um conhecimento especializado, os profissionais do SF conseguem pensar em estratégias de intervenção singularizadas de acordo com a realidade do contexto do usuário e de sua família.

“[...] ela é obesa então ela não da conta de levantar, então ela tava puxando a água com o rodinho assim. Ai eu tirei o sapato, levantei a calça e falei “daqui Mara” e fui puxar. “Nossa, mas se alguém ver você vai ser mandada embora” eu falei “e daí? Eu to fazendo o meu trabalho! Eu to na tua casa, é o meu trabalho, se alguém falar eu entro com recurso, porque eu to trabalhando”, “mas seu trabalho não é esse!” Jane.

O alcance da integralidade na realidade dos serviços deve ser planejado de maneira que esta dimensão, que envolve o cuidado integral, seja pensada, ampliada e inventada. Diante dos complexos contextos que devem ser considerados na busca de um cuidado integral como a família, o trabalho, as relações interpessoais do usuário, as relações interpessoais entre a equipe de saúde, os vários setores e serviços envolvidos entre outros, Hirdes (2009) enfatiza a necessidade de lançar mão de novas formas de intervenção de modo que os contornos limitantes da doença, do preconceito e das diversidades que acompanham a vida do usuário sejam superados.

Para Campos (2007) inventar modos de trabalho, que favoreçam a iniciativa profissional e ao mesmo tempo tragam segurança para as instituições de modo que haja a

combinação de autonomia e responsabilidade profissional, é um dos grandes segredos que garante a qualidade dos serviços de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de darmos início às considerações finais queremos lembrar que, desde o início até esta etapa final, procuramos de forma muito intensa pensar sobre a proposta deste trabalho com responsabilidade e ética em cada passo do caminho trilhado. Muitas coisas aconteceram durante esta caminhada, o que fez com que aumentasse a ansiedade em chegar a esta etapa final.

Apesar de muitas vezes ter sido duro e solitário, novas pessoas e situações foram surgindo durante o trajeto fazendo com que este caminho fosse “temperado” com muito aprendizado tanto técnico/profissional quanto pessoal. A seguir, recapitulamos sistematicamente os resultados alcançados nesta pesquisa, assim como os novos caminhos que nos foi permitido contemplar.

A proposta deste trabalho se fez possível a partir da elaboração do objetivo, o qual foi o norte que nos conduziu durante toda a trilha percorrida. Com o objetivo nos propusemos a conhecer como as ações de saúde mental são organizadas na atenção básica à saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica tem como estratégia prioritária as equipes de Saúde da Família, por esta razão, este foi o cenário escolhido para a análise proposta. Assim, os resultados foram obtidos diante da análise da atenção em saúde mental na perspectiva da saúde da família. Para tanto, analisamos as concepções que os profissionais de saúde da família tem sobre saúde mental no cuidado integral do indivíduo e da família. Identificamos como o cuidado em saúde mental se insere na atenção básica e analisamos também as possibilidades desta inserção na construção da rede integralizada de cuidados em saúde.

Tal intenção reflete o anseio que temos por mudanças concretas e sustentáveis neste campo de atenção, como também na crença que temos de que os profissionais que atuam na saúde da família são sujeitos fundamentais neste processo de mudança. Pois com a mudança no modelo de atenção à saúde mental – antes focado no hospital psiquiátrico e hoje com foco comunitário – as pessoas que sofrem com um transtorno mental estão presentes na comunidade e recebem atendimento dos profissionais que compõem os serviços de saúde existentes. Fato que fez com que estes profissionais fossem convidados a refletirem sobre o tema em questão.

Os encontros realizados com estes sujeitos propiciaram diálogos cujo conteúdo foi tecendo sentidos em relação às ações de cuidado em saúde mental desenvolvidas na atenção básica.

Foi possível identificar concepções de saúde mental e cuidado integral permeadas pelo sentido de normalidade condizente à capacidade resolutive de problemas da vida; capacidade de conduzir a vida sem tomar medicação e capacidade da pessoa manter-se equilibrada. Além destas concepções, considerar o corpo e a mente nas ações de cuidado, assim como agir de forma integral, considerando as várias dimensões e necessidades presentes na vida dos sujeitos alvos do cuidado fazem parte dos discursos proferidos pelos profissionais entrevistados. Como resultado, há o risco do controle e diminuição significativa da autonomia dos usuários em conduzir sua vida, além de perda da motivação profissional por ser questionável a ideia do profissional da saúde dar conta de toda a complexa demanda presente na vida dos usuários atendidos.

Para os sujeitos do estudo, o conceito de saúde mental tem um caráter de doença. Como resultado, as ações de cuidado que são planejadas e pensadas para uma pessoa que tem esta “doença” são fragmentadas e transferidas para serviços especializados. Quando a saúde mental é entendida como algo que não faz parte do ser humano, as ações possíveis de serem desenvolvidas na atenção básica passam a ser insuficientes diante da ideia de que este tipo de cuidado exija intervenções especializadas. Neste caso, apenas duas ações passam a serem vistas como possíveis: encaminhar e/ou transcrever receitas.

A superação do olhar fragmentado que coloca a saúde mental distante das outras dimensões da vida, se faz necessária para o alcance pleno de um cuidado que tem na integralidade o eixo de suas ações.

A categoria “Saúde mental e trabalho em equipe: caminhos percorridos para construção do cuidado” permitiu identificar como está inserido o cuidado em saúde mental na atenção básica. Neste sentido observou-se que as ações são planejadas após a identificação de um problema. As intervenções para os casos não são definidas de forma sistematizada, construídas coletivamente na equipe, mas pautadas em situações semelhantes vivenciadas por algum profissional da equipe. Além disso, percebe-se que o modelo de cuidado ancora-se no profissional de saúde e não nas necessidades dos usuários. Sistematizar e organizar as intervenções fazendo uso dos diferentes olhares e saberes presentes nas equipes de atenção básica se faz imprescindível para alcançar a superação da fragmentação do cuidado.

Visualiza-se uma fragilidade no conhecimento dos profissionais que atuam na atenção básica sobre os serviços e assistência especializada em saúde mental, fato que traz prejuízos para o alcance de uma rede integralizada. A análise deste tema nos possibilitou ainda identificar que os próprios profissionais da atenção básica reconhecem que a demanda

reprimida nos serviços especializados, facilmente identificada por eles, seria menor se houvesse melhor qualidade no acolhimento feita antes do encaminhamento, assim como do cuidado longitudinal. Um ganho nesta compreensão está na ruptura da idéia de que este tipo de cuidado não é possível na atenção básica.

A análise trouxe relatos que valorizam o vínculo e confiança mútua como aliados às propostas de cuidado, manutenção do tratamento e ainda, identificação precoce de problemas relacionados à saúde mental dos usuários. A escuta possível com o vínculo, além de favorecer o cuidado, é potente na valorização do trabalho desenvolvido pelo profissional da saúde que pode se reconhecer como protagonista no processo de cuidado e intervenção. Melhorar a intencionalidade desta escuta e, conseqüentemente, aumentar o poder de resolubilidade local se faz uma das potencialidades da construção de uma rede integralizada.

Para tanto, a capacitação é fundamental para que esta rede ofereça uma atenção qualificada e qualificadora. Quando se trata de cuidar de uma pessoa com transtorno mental na comunidade, a dificuldade no manejo adequado aparece como principal obstáculo. A insegurança em saber a melhor forma de agir e cuidar frente a estes casos e a falta de informações sobre as intervenções e tratamentos realizados pelos serviços especializados aparecem nas narrativas como entraves.

A capacitação e/ou aproximação das equipes especializadas em saúde mental com as unidades da atenção básica de modo que a equipe especializada entenda e reconheça a relevante atuação dos profissionais que atuam na lógica da Saúde da Família, é vista como fundamental no aumento da resolubilidade, diminuição da sensação de impotência profissional e diminuição da demanda reprimida existente nos serviços especializados, assim como a conseqüente melhora na qualidade de vida deste usuário.

O investimento na estratégia política e conceitual da educação permanente é um caminho possível para minimizar as dificuldades que envolvem a fragmentação do cuidado e ampliar as potencialidades de uma rede integralizada e efetiva, na medida em que se constitui em importante ferramenta de gestão e organização do processo de trabalho em saúde. Supera as ações educativas pontuais, envolvendo os diferentes atores que constituem o cuidado num processo permanente de identificação, planejamento, intervenção, monitoramento e avaliação da atenção à saúde.

Um Projeto Terapêutico Singular de cuidado que não objetive apenas a remissão dos sintomas, mas sim considere, neste planejamento, um projeto de vida para este usuário é uma das potencialidades que a rede integralizada pode alcançar. Esta potencialidade se faz maior

se as responsabilidades forem compartilhadas e a construção do cuidado for pensada em conjunto, considerando a intersetorialidade nas ações. O apoio matricial em saúde mental é uma metodologia de trabalho potente para o alcance deste cuidado e deve ser explorado tanto pelos profissionais dos serviços especializados, quanto pelos profissionais que atuam na atenção básica.

A intenção desta pesquisa não foi produzir verdades absolutas, mas sim produzir um conhecimento que não está acabado. Aponta-se algumas possibilidades para se pensar e questionar e novas formas de alcançar mudanças concretas na qualidade de vida dos usuários consolidando o conceito da integralidade do cuidado.

Parafraseando Gonzaguinha, reforça-se que redescobrir o sabor do trabalho realizado com o entrelaçar de mãos e saberes, considerando a história tanto do modelo de atenção à saúde, quanto a história de vida das pessoas envolvidas no cuidado – usuários, familiares e profissionais – faz da complexidade inerente ao trabalho neste âmbito ser acrescida de leveza e prazer, assim “como se fora uma brincadeira de roda”.

O desejo é que as reflexões presentes neste trabalho se somem a tantos outros dispositivos e instrumentos elaborados para favorecer a concretização das complexas mudanças propostas com os movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileira.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L., MARTINS, C.M., GEISLER, A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 247-257, 2008.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 15 mar. 2011.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 1995.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMARAL, M.A.; CAMPOS, G.W.S. **Organização do trabalho e do cuidado em saúde: uma metodologia de co-gestão**. Capítulo de livro, 2011 Disponível em: www.gastaowagner.com.br/index.php/publicacoes/capitulos-de-livros/doc. Acesso em: 06 fev. 2011.

BARRETOS. **Prefeitura Municipal de Barretos**. Barretos, 2011. Disponível em: <http://www.barretos.sp.gov.br/site-apeduariaeafestadopeao>> Acesso em: 03 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Mimeo, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

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 à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 9**. Ano VI, n9, jul. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/> Acesso em: 15 fev. 2011.

CAMARGO, K.R. Um ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Ministério da Saúde, Abrasco, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e cultura**. Goiás, v.3, n.1-2. jan-fev.2000, p.51-74. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2011.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. p. 229-266. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.2.fev.2007. Disponível em: < <http://www.scielo.org/>>. Acesso em: 30 ago. 2010.

CAMPOS, R.O.; BACCARI, I.P. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.2051-2058, 2011.

CASTRO, A.L.B., MACHADO, C.V. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4, p.693-705, abr. 2010.

CARVALHO, G. et al. Redes de atenção à saúde no SUS. **O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. SILVA, S. F. (Org). Campinas, SP: IDISA, 2008. 202p.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. p. 113-126. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

CHIAVERE, D.H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Org.). Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COELHO M.T.A.D., ALMEIDA FILHO, N. Concepções populares de normalidade e saúde mental no litoral norte da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p.1726-1736, nov-dez, 2005.

DELFINI, P.S.S.; SATO, M.T; ANTONELI, P.P; GUIMARÃES, P.O.S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.1483-1492, 2009.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. p. 333-384. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. p. 385-434. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA NETO, J.L.; KIND, L.; PEREIRA, A.B.; REZENDE, M.C.C.; FERNANDES, M.L. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p. 831-842, mai, 2011.

FLEURY, S. (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FRANCO, C.M; BATISTA FRANCO, T. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da saúde. . In: PINHEIRO, Roseni et. at (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO, 2007.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 159p.

GONÇALVES , L.P. A unidade de referência e a equipe volante. In: LANCETTI, A. (Org.) **SaúdeLoucura**, 7. 2 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.

HECKERT, A.L.E; NEVES, C.A. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, Roseni et. at (org). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO, 2007.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.297-305, 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em 17 fev. 2010.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Org.) **SaúdeLoucura**, 7. 2ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.p. 39-64. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

_____. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. p. 45-59 . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; DOMINGOS, N.A.M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.

MELO, E.C.P.; CUNHA, F.T.S.; TONINI, T. Políticas de Saúde Pública. p. 47-72. In: FIGUEIREDO, N.M.A. (Org.) **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

MERHY, E.E. et.al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY,

E.E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MIELKE, F. B; KANTORSKI, L. P; JARDIM, V. M. R; OLSCHOWSKY, A; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 159-64, 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2011.

PANDE, M.N.R.; AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, nº 4,p.2067-2076, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A.. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre/RS, v.27, nº3, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 14 nov. 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Ministério da Saúde, Abrasco, 2003.

PORTO, D.; GARRAFA, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 719-729, mar. 2011.

RIBEIRO, M.S.; POÇO, J.L.C.; PINTO, A.R. A inserção da saúde mental na atenção básica de saúde. In: RIBEIRO, M.S. (Org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF, 2007.

RIBEIRO, M.S.; POÇO, J.L.C. Identificando problemas e rastreando transtornos em atenção básica à saúde mental. In: RIBEIRO, M.S. (Org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF, 2007.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO JJC, BARROSO CMC. Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: diretrizes e experiências no Ceará. In: Lancetti A. **SaúdeLoucura 7**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: GILSON, C. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS**. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA, 2008.

SILVA, A.L.A. et al. **Desafios para a desinstitucionalização**: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. BARROS, S.; BICHAFF, R. (Orgs.). São Paulo: FUNDAP, 2008.

SILVA, F.S. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde, p.117-136. In: GILSON, C. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS**. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA, 2008b.

SILVA, F.S. Pacto pela saúde e redes regionalizadas da atenção: diretrizes operacionais para implantação, p.151-201. In: GILSON, C. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS**. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA, 2008c.

SILVA, F.S.; MAGALHÃES Jr., H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos, p.69-85. In: GILSON, C. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS**. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA, 2008.

SILVA Jr; MERHY, E.E; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar. p.122 in: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, 2003.

SILVEIRA, D.V.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 139-148, 2009.

TANAKA O.Y., RIBEIRO E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.477-486, 2009.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.3615-3624, 2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2007.

VENÂNCIO, J.J. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Textos de Apoio em Saúde Mental**, Fiocruz: RJ, 2003.

VIEIRA FILHO, N.G.; ROSA, M.D. Inconsciente e Cotidiano na Prática da Atenção Psicossocial em Saúde Mental **Psicologia: teoria e pesquisa.** jan-mar 2010, vol. 26 n. 1, p. 49-55.

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O estudo intitulado “POSSIBILIDADES E LIMITES DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE BARRETOS/SP” tem como objetivo analisar a organização da rede de serviços integralizados em saúde mental a partir da saúde da família, à luz do referencial das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Pretende-se, com isso, conhecer o estado de enfrentamento dos problemas de saúde mental em nível da intersetorialidade em saúde no município.

A coleta de dados se dará através de entrevista semi-estruturada. Os sujeitos da pesquisa serão trabalhadores de Unidades Saúde da Família no município de Barretos/SP, que fazem parte das três unidades com maior número de usuários do Centro de Atenção Psicossocial em sua área adstrita e que concordam em participar da pesquisa. Será utilizado um gravador de áudio para se garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso da pesquisadora, preservar a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação da Dissertação.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

A pesquisadora se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela.

Assim, eu _____, portador(a) da cédula de identidade _____, autorizo a utilização dos dados informados por mim, para realização do estudo. Tenho conhecimento do seu caráter científico, sendo minha participação voluntária. Estou ciente de que as informações serão tratadas de forma anônima e sigilosa, não havendo identificação e de que não sofrerei nenhum tipo de sanção ou prejuízo, caso me recuse a participar ou me decida a qualquer momento a desistir da minha participação, com direito de ser mantido atualizado sobre a pesquisa, e de que uma cópia deste termo será entregue a mim.

Barretos/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisado

Assinatura do Pesquisador
Priscilla de Oliveira Luz

Contato do Pesquisador Responsável:

Priscilla de Oliveira Luz;

E-mail: pqprincipe@hotmail.com;

Endereço: Travessa Oriente, 9

CEP 14781349 Barretos/SP

Fone: (17)3323-7027/8112-2149

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. O que para você é cuidado integral? Para você a sua equipe oferece um cuidado integral? Como isso ocorre no cuidado aos usuários?
2. Para você quais são os facilitadores e dificultadores de um cuidado integral?
3. Para você, o que é saúde mental? Pra você o que são ações de promoção em saúde mental?
4. Que tipo de atendimento em saúde mental é oferecido neste serviço? Como os profissionais da equipe agem quando se deparam com um problema de saúde mental dos usuários?
5. Qual a sua conduta diante de um caso que necessita de cuidados em saúde mental? O que você conhece dos atendimentos em saúde mental aos usuários? Quando ocorre uma situação que envolve o cuidado em saúde mental como se procede?
6. Para você como deve ser o cuidado em saúde mental? Para você quais os cuidados que a atenção básica deve desenvolver na saúde mental?
7. O que você sabe sobre as mudanças que vem acontecendo na assistência em saúde mental? Com relação a essas mudanças que relata como acha que deve ser o atendimento em situações que envolvem a saúde mental?
8. Como ocorre o atendimento em saúde mental no seu município? Como a sua equipe se relaciona com os demais serviços de saúde mental do município?
9. O que você sabe sobre apoio matricial?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br

<http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 285/2010

CAAE: 2372.0.000.135-10

Processo número: 23112.002131/2010-77

Pesquisador (es): PRISCILLA DE OLIVEIRA LUZ

Título Projeto: POSSIBILIDADES E LIMITES DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE BARRETOS/SP.

Local de Pesquisa

Prefeitura Municipal de Barreto/SP – Secretaria Municipal de Saúde.

Análise da Folha de Rosto

Preenchida adequadamente.

Descrição sucinta dos objetivos e justificativas

Objetivos:

Este estudo objetiva analisar a organização da rede de serviços integralizados em saúde mental a partir da saúde da família, à luz do referencial das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para isso, pretende-se analisar as concepções de saúde mental no cuidado integral da saúde do indivíduo e da família; identificar como a atenção básica se insere nos cuidados de saúde mental oferecida pelos serviços especializados em saúde mental; analisar as potencialidades da integração entre rede saúde mental e rede da atenção básica. Assim, busca-se conhecer o estado de enfrentamento dos problemas de saúde mental em nível territorial em Barretos/SP.

Justificativa

Explica a pesquisadora que a rede de atenção em saúde mental foi proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira e busca o redirecionamento do modelo de assistência psiquiátrica antes focada exclusivamente na internação prolongada em hospitais psiquiátricos para uma atuação inserida na comunidade e nos demais serviços de saúde.

Entretanto, citando autores, diz a pesquisadora que nesse contexto de mudança a busca pela consolidação da assistência de saúde mental na atenção básica se faz necessária a medida que casos de sofrimento psíquico são flagrantemente encontrados nos serviços de saúde de base territorial, pois frequentemente as equipes de saúde da família se deparam com esses problemas de saúde. Essas equipes, devido a sua proximidade com a comunidade se tornam um recurso estratégico para o enfrentamento de problemas relacionados à doença mental. Dentre outros dados apresentados, ficou claramente justificada a realização da pesquisa, no elegeido município de Barretos/SP.

Metodologia aplicada

O trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, onde se investigará a organização da rede de serviços para o atendimento em saúde mental a partir da saúde da família.

O referencial teórico empregado será a integralidade do cuidado, utilizando-se também da literatura do Ministério da Saúde sobre a inserção da saúde mental na atenção básica, especialmente no que tange às diretrizes e princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira e as redes de atenção à saúde da família.

A pesquisa consistirá em responder um questionário com sete perguntas que se relacionam com ações de saúde mental desenvolvida no serviço em que trabalha o participante. As perguntas e respostas serão gravadas para facilitar a transcrição das mesmas.

Identificação de riscos e benefícios

Nos termos da pesquisadora, os riscos envolvendo esta pesquisa são mínimos e se relacionam aos aspectos físicos, morais e psíquicos. Assim, a identidade e privacidade dos participantes serão preservadas, em todo o desenvolvimento da pesquisa, como também na transcrição das falas e incorporação das informações na redação da Dissertação. Em qualquer momento da pesquisa, em que o



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br

<http://www.propq.ufscar.br>

sujeito da pesquisa se sentir indisposto, cansado ou com alguma alteração que lhe traga desconforto, poderá decidir a não participar mais do processo sem nenhum prejuízo.

A possibilidade de ter sua autoestima elevada é um benefício possível ao sujeito desta pesquisa ao se reconhecer como parte do processo que gerou conhecimento e fomentou discussões importantes no campo da saúde coletiva do seu município.

Forma de recrutamento

Primeiro haverá um levantamento junto a Secretaria Municipal de Saúde no município de Barretos/SP para verificar o diagnóstico situacional das unidades Saúde da Família existente no município. Depois uma identificação epidemiológica junto ao Centro de Atenção Psicossocial para saber aonde as pessoas que necessitam de um tratamento especializado em saúde mental residem. Com a relação destas unidades em mãos, se fará o contato com as unidades que tem o maior número de clientes cadastrados e quando se investigará os profissionais - que concordarem em participar da pesquisa, devidamente informados e tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - que compõem a equipes mínimas da Unidade Saúde da Família, sendo estes: enfermeira, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Cronograma

Cronograma adequado.

Orçamento financeiro detalhado

Os custos inerentes a pesquisa, tais como: alimentação, transporte, gravadores, impressos, e tudo o mais que for necessário serão providos pelo pesquisador.

Adequação do TCLE

Preenchido adequadamente.

Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa

Identificados e compatíveis com a pesquisa.

Conclusão

O projeto segue as normas estabelecidas na Resolução 196/96 e a suas complementares e demonstra que corroborara com a organização da saúde mental do município de Barretos/SP, se porventura encontrar alguma anormalidade no sistema de saúde daquela cidade, se isto acontecer, certamente, levará benefícios aquela população, como também, deixará informações científicas a outros pesquisadores interessados nesta análise. **Projeto aprovado.**

Normas a serem seguidas:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br <http://www.propq.ufscar.br>

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
 - Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta dada e ao término do estudo.
- São Carlos, 25 de agosto de 2010.

Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar