

ISSN 2175-5361

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.**Mental health actions...*

Ministério da Educação

PESQUISA

MENTAL HEALTH ACTIONS DEVELOPED BY HEALTH PROFESSIONALS IN THE PRIMARY CARE CONTEXT

AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

ACCIONES DE SALUD MENTAL DESARROLLADAS POR PROFESIONALES DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN BÁSICA

Veronica de Campos Magalhães¹, Leandro Barbosa de Pinho², Annie Jeannine Bisso Lacchini³, Jacó Fernando Schneider⁴, Agnes Olschowsky⁵

ABSTRACT

Objective: To know the mental health activities conducted by health professionals in the context of primary care. **Methods:** Qualitative study developed in a Family Health Strategy Unit in State of Rio Grande do Sul. We used a semi-structured interview, applied to four professionals. **Results:** The main actions of mental health care in primary care are structured from the groups and the individual attending, both of them centered at the link and the reception with the user. Also they cited the difficulties to processing the care, influenced by the team constitution and the health delivery care. **Conclusions:** The study allows the redefinition of work processes not only in the Family Health, but encouraging the network as a space to product new perspectives and ways of care for people with psychological disturbs. **Descriptors:** Mental health, Primary care, Health care reform.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde, no contexto da atenção básica. **Métodos:** Estudo qualitativo, desenvolvido em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de um Município do Estado do Rio Grande do Sul. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada, aplicadas a quatro profissionais. **Resultados:** Entre as ações de cuidado em saúde mental na atenção básica, os sujeitos consideraram o trabalho em grupo e os atendimentos individuais ou na comunidade, todos eles centrados em tecnologias de cuidado, como o vínculo e o acolhimento, para entender melhor as demandas do sujeito e onde vivem. Também apontaram as dificuldades de processar esse cuidado, que perpassam a constituição da equipe e da rede de saúde. **Conclusão:** O estudo possibilita repensar processos de trabalho não apenas na ESF, mas incentivando a rede como espaço produtor de novas perspectivas e caminhos de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. **Descritores:** Saúde mental, Atenção básica, Reforma dos serviços de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las acciones de salud mental desarrolladas por profesionales de salud en la atención primaria. **Métodos:** Estudio cualitativo, desarrollado en una Unidad de Salud de la Familia de una ciudad del Estado de Rio Grande do Sul. Se utilizó la entrevista parcialmente estructurada, aplicada a cuatro profesionales. **Resultados:** Entre las acciones de cuidado en salud mental en la atención básica, se ha considerado el trabajo en grupo y la atención individual o en la comunidad, todos centrados en tecnologías de cuidado, como el vínculo y la acogida, para entender mejor las demandas del sujeto y donde viven. También apuntaron dificultades de procesar el cuidado, que van desde la constitución del equipo a la red de salud. **Conclusión:** El estudio espera poder repensar los procesos de trabajo no solamente en la salud de la familia, sino también incentivando la red como espacio productor de nuevas perspectivas y caminos de cuidado a las personas con problemas psíquicos. **Descriptores:** Salud mental, Atención primaria, Reforma de la atención en salud.

¹ Enfermeira da Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela UFRGS. E-mail: vecamos@hotmail.com. ² Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: lbpinho@ufrgs.br. ³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: anniebjl@hotmail.com. ⁴ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: jaco_schneider@uol.com.br. ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: agnes@enf.ufrgs.br.

INTRODUÇÃO

A saúde mental ainda é um campo aberto à discussão e reflexão. A Organização Mundial da Saúde estimava que cerca de 450 milhões de pessoas sofressem com transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então de problemas psicossociais, como os associados com o abuso de álcool ou outras drogas.¹ Destas, muitas sofrem com a existência de poucos recursos, em silêncio.

Muitos de nós, trabalhadores da saúde, ainda ignoramos esta questão sem perceber que a saúde física e a saúde mental influenciam uma a outra. Não há como falar em saúde sem falar em saúde mental. E não há como falar em saúde mental sem a participação de dispositivos que estejam próximos ao contexto de vida das pessoas, isto é, que possam reescrever, juntamente com elas, a sua história e suas demandas.

É nesse sentido que a reforma psiquiátrica vem avançando nas discussões sobre a reorientação do modelo assistencial. Antes centralizado no contexto do manicômio e agora voltado para os serviços comunitários, ela é resultado de um intenso movimento de lutas das entidades defensoras e do acolhimento da proposta pela Coordenação Geral da Saúde Mental do Ministério da Saúde. A partir daí, desdobraram-se uma série de documentos que dispõem sobre a composição da rede de saúde mental e as ações de cuidado desenvolvidas por ela. Essa rede tem como premissa o atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico longe dos muros do manicômio, ou seja, onde ele vive e com quem ele vive.²

Essa rede é envolta por uma série de dispositivos, que procuram resgatar a unidade do ser e evidenciar o quanto é preciso ampliar o conhecimento sobre um dos fenômenos mais complexos da humanidade, denominado loucura, que não deve ser reduzida a instituições

estanques, que aprisionam o indivíduo e o mantêm longe de seus vínculos. Por isso, as pessoas em sofrimento psíquico devem ser acompanhadas no território onde vivem, e não excluídas do convívio social³. Nesse sentido, destacamos a importância da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no campo da saúde mental.

Dada à confluência do território como cenário principal das ações de saúde mental e também da Estratégia Saúde da Família, considera-se que essa articulação possibilita romper com a fatiação do cuidado no campo psicossocial. Essa interface se fundamentaria em uma ética que valorizasse aspectos subjetivos, sociais e políticos, no contexto onde o usuário existe e se relaciona. Em linhas gerais, fazer saúde mental na atenção básica é poder garantir os princípios e as diretrizes do SUS, além de provocar a reorganização do modelo assistencial, tendo um conceito de saúde ampliado e voltado, também, para as demandas do usuário.⁴

É nesse sentido que a Estratégia Saúde da Família serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar concepções fragmentárias dos serviços e centrar o cuidado na família, no usuário e no local onde vivem. Desse modo, a saúde da família contemplaria as ações que envolvem a politização dos usuários, a compreensão dos determinantes que levam ao adoecimento, a adoção de práticas intersetoriais e o exercício da cidadania.⁴

Nesse caso, trata-se de um grande desafio vencer as ações lineares que ainda povoam o contexto da saúde. No contexto do SUS, é preciso investir na construção de uma agenda de saúde que leve em consideração a atenção integral, tendo a atenção básica como referência desse processo. Mas sem desconectá-la de toda a complexidade que a envolve. Isso quer dizer que, em todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde,

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

estabelecendo uma articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.⁵

Acreditando na articulação entre a saúde mental e a atenção básica na construção de um projeto de cuidado integral, este estudo tem como objetivo geral conhecer as ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica. Como objetivos específicos, identificar cenários onde as ações de saúde mental são desenvolvidas e analisar dificuldades em relação à interface entre a saúde mental e a atenção básica, sob o olhar dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, com abordagem descritiva e exploratória. Foi realizada em uma Unidade de Estratégia Saúde da Família de um município do Estado do Rio Grande do Sul, no mês de fevereiro de 2012.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, aplicada a quatro profissionais atuantes em uma equipe da Estratégia Saúde da Família investigada. São eles: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde.

Chegamos a esses profissionais a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser profissional do serviço, estar inserido na equipe há pelo menos seis meses e não estar em período de gozo de férias ou licenças no período da investigação. Foram realizadas três perguntas-chave, conforme roteiro previamente estabelecido. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preceitos éticos e orientações da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

As entrevistas foram realizadas em local previamente agendado, com data e hora em comum acordo com a disponibilidade dos trabalhadores. Os depoimentos foram gravados,

Mental health actions...

sendo posteriormente transcritos e digitados na íntegra, respeitando a linguagem de cada profissional. Cada profissional recebeu apenas uma numeração, conforme a ordem em que foram realizadas as gravações.

A análise foi feita de acordo com a natureza dos dados produzidos. Inicialmente, foram realizadas inúmeras leituras e releituras dos textos gerados pelas mesmas. A intenção foi buscar mergulhar naquilo que foi dito pelos informantes, para ir aos poucos identificando os diferentes componentes dessas mensagens. Dessa forma, foi possível perceber os elementos em comum, as contradições e os temas sistematicamente silenciados. De posse dessas informações, construiu-se um conjunto de temáticas descritivas, que serviram para subsidiar a constituição dos eixos temáticos do estudo, sendo elas: “As ações em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família e suas tecnologias de cuidado” e “As dificuldades enfrentadas pelos profissionais para trabalhar com saúde mental na ESF”. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado sob o protocolo nº 21892/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

As ações em saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da Família e suas tecnologias de cuidado

As ações de saúde mental, na atenção básica, devem obedecer à lógica do cuidado, em que o processo deve ser conduzido no território e focado na articulação com outras parcerias estratégicas. No entanto, o elemento central continua sendo o vínculo e o acolhimento dos sujeitos, pois são através deles que o processo de cuidar se transversaliza e volta-se para as demandas das pessoas.⁶

Dentro de um projeto de ações de saúde mental na atenção básica, identificamos que o vínculo aparece como uma estratégia central no

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

cuidado aos indivíduos com transtorno mental na ESF. Para os entrevistados, é no momento de um procedimento que aproveita para interagir com o usuário e verificar a existência de outros problemas, iniciando o trabalho de vínculo:

Quanto problema a gente tenta ajudar na hora de um curativo ou uma verificação de pressão, por exemplo, tu começa a conversar e aparece muita coisa. Como uma senhora que vem fazer curativo, que contou de um filho que andava agressivo e teve um aneurisma quando criança e frequentou APAE, hoje adulto tava tendo umas crises, e eu questionei se ele tinha acompanhamento, se ia ao neurologista, nunca tinham dito pra ela que ele precisava, encaminhamos ele e até hoje ela agradece. A gente se vincula com as famílias, isso é muito bom.(1)

Vemos o quanto é importante a consulta naquele momento, o que tem por trás daquilo ali, se tem dor há quanto tempo a dor, se ela se incomodou, se está com algum problema, faz toda escuta.(2)

Primeira coisa que eu faço é ouvir, primeiro tu escuta, tenta conversar, ouve tudo que a pessoa pensa, o que ela quer dizer... Às vezes ela brigou com alguém e a primeira pessoa que ela vê, ela quer falar... Questiono o porque ela está assim, o que a deixou irritada. Se ela ta falando sem parar fico calada escutando, até ela me dar oportunidade ou se incomodar por eu estar quieta, então explico que ela não me deu chance e ela deixa eu falar também!(4)

Diariamente nos deparamos com profissionais de saúde ainda imersos em processos de trabalho próximos ao modelo hegemônico, centrado nas condutas e rotinas voltadas para a doença e pouco para as demandas apresentadas pelos sujeitos. Nesse modelo, o acolhimento é visto como um processo já pronto, acabado, que independe da construção do indivíduo. No entanto, o acolhimento não se restringe apenas ao espaço e aos momentos formais da recepção ou do primeiro atendimento. Prolifera por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um usuário pelo serviço, pois, nunca se cessa

Mental health actions...

efetivamente de investigar/elaborar/negociar as necessidades que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço. Trata-se, portanto, de um já bem diferenciado conteúdo de atividade, que não se confunde mais com o primeiro contato de um usuário com o serviço.⁷

Trata-se de um ato que agiliza o atendimento, acabando com filas de espera, ou com a distribuição de ficha. Ao acolher o usuário, o profissional se responsabiliza por ele, sendo obrigado a construir um plano a partir das suas demandas. A escuta aos problemas do usuário e os devidos encaminhamentos transmitem a ele uma sensação de respeito, confiança, interesse e responsabilização.⁸ Por isso é tão importante dirigir-nos aos sujeitos em sofrimento, e não *a priori* às suas doenças, de maneira a criar espaços terapêuticos em que seja possível escutar e acolher angústias e experiências vividas, no sentido de induzir novas formas de subjetividades e sociabilidades.⁹

A presença do acolhimento fica característica nos relatos acima. No caso dos profissionais 1 e 4, por exemplo, há uma preocupação sobre a necessidade de escutar atentamente o problema do indivíduo, respeitando o momento do usuário. Isso quer dizer que não se desqualifica a clínica (tradicional) dele, mas se valoriza o encontro como possibilidade concreta de transformar o processo de trabalho dessa clínica, valorizando o sujeito e não apenas a sua doença, para fortalecer vínculos e conhecer como vivem.

Todo profissional de saúde deve ser capacitado para trabalhar com o cuidado, independente do papel que desempenha, pois se trata de um produtor de atos de saúde, um operador de cuidado. O profissional sempre atua clinicamente, e como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, como modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos.¹⁰

Nesse sentido, a partir da unidade

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

constituída pelo vínculo, que permite o encontro entre as pessoas, é possível construir as melhores estratégias de cuidado em saúde mental. Acreditamos que todo processo de trabalho em saúde precisa incorporar e estimular a abertura de espaços para que o diálogo seja o instrumento genuíno de integração e que haja, a partir dele, confiança, estreitamento de laços e boa convivência entre os sujeitos. É o acolhimento que estimula o vínculo e a confiança nas condutas e também nas pessoas, permitindo conhecer melhor os sujeitos, suas necessidades, seus modos de vida e suas diferenças. Por isso é tão importante considerar o acolhimento e o vínculo como elementos centrais do processo de trabalho em saúde mental na ESF.

Ainda sobre o atendimento a usuários com transtorno mental na atenção básica, um dos sujeitos da pesquisa constrói o vínculo e a relação adequando-se à linguagem do usuário. Isso quer dizer que é o profissional que deve se adaptar às origens e compreensões do usuário, e não ao contrário:

Depende, eu aqui tento me adequar dentro do consultório, tento atender ele normal, na linguagem dele, que ele entenda pra gente ter uma boa relação.(3)

As equipes da Atenção Básica por sua proximidade com famílias e comunidades,¹¹ são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos à saúde, que geram diferentes formas de sofrimento psíquico. A qualquer doença há um componente de sofrimento subjetivo associado, que pode atuar como entrave para a adesão de práticas preventivas e de vidas saudáveis. Desta forma, dizemos que não há problema de saúde sem problema de saúde mental, e que toda saúde mental é produção de saúde. Por serem tão complementares e atuarem no território, é preciso adotar uma lógica que não seja unicamente vista do ponto de vista do serviço, mas principalmente do ponto de vista das necessidades e da compreensão das pessoas, com suas

Mental health actions...

singularidades, limitações e potencialidades.

A mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas na produção do cuidado, de um modo de trabalhar em saúde que tem como centro o campo relacional. Nesse campo, envolvem-se a linguagem, os sentimentos, os sentidos e os espaços para o diálogo e a atenção qualificada às demandas do outro. Atravessado pelo acolhimento, o processo de trabalho em saúde mental toma novos rumos, concentrados na fala, na escuta, nos olhares, nos signos e na compreensão dos diferentes modos de ser e viver a vida.¹²

Neste sentido, percebemos que o cuidado sempre se constrói em relação com o outro, e não para o outro. Se o objetivo é construir projetos de vida comprometidos com a realidade das pessoas, é preciso incorporar as representações sociais e culturais como parte do cardápio de atuação dos profissionais. Longe das amarras de modelos tradicionais, consideramos que todo e qualquer espaço de atendimento que incorpora o vínculo e o acolhimento como tecnologias de cuidado torna a convivência mais harmoniosa e permite que ambos se reconheçam como realmente são.

No rol de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde na ESF, onde se incorporam o acolhimento e o vínculo como estratégias de cuidado, se destaca o trabalho em grupo como um dos potenciais instrumentos do processo de trabalho. Nos depoimentos a seguir, fica marcada essa tendência:

Tem o grupo de caminhada três vezes por semana, são hipertensos e diabéticos, então antes de sair verificamos pressão e HGT pra ver como estão porque a caminhada é longa, vamos até a divisa de Sapucaia e São Leopoldo. Quando não estão bem, não vão, e estar bem e poder caminhar já é um otimismo pra eles. É um grupo de quinze pessoas e muitos deles eram acomodados em casa (tv, rádio), e começaram o grupo o que elevou a autoestima deles... a médica também fazia um grupo com os usuários depressivos, eram só palavras

boas, autoestima, sentimos falta dela.(1)

A maior contribuição acho que é o grupo. Às vezes as pessoas não têm o que fazer e vêm aqui, conversam. Neste grupo que a professora vem a minha auxiliar de saúde bucal ensina tricô, crochê, mas na verdade não é por isso que elas vêm, e sim pra conversar, porque é uma roda de conversa, elas falam dos problemas. Vem porque é bom pra elas, e é bom para nós porque elas gostam. Além disso, tem o acolhimento, a pessoa vem, acha que está doente, que tem um problema e às vezes está carente e uma conversa já resolve. E durante a caminhada sempre andamos ao lado de alguém, ele vai contar da vida, ou seja, na caminhada também tem a escuta dos problemas. Tem uma paciente que é um exemplo, ela passou por diversos problemas de saúde e com o marido, deprimiu, e disse que aquilo estava na cabeça dela, que tinha que sair daquela situação e sem consultar e tomar medicação, participando da caminhada melhorou.(3)

O grupo de caminhada, às vezes a pessoa nem tem diabete ou hipertensão, mas as pessoas vêm participar, este é um grupo que tem desde que estou aqui, eu que iniciei, desde que abriu o posto. Não considero um grupo de saúde mental, considero qualidade de vida, que eles pensam em se cuidarem mesmo, grupo de saúde mesmo - hipertensão, diabetes. No grupo de quinta elas falam mais dos problemas, das angústias, interagem com outras pessoas, trocam experiências, é muito importante. Muitas delas tinham depressão, e é um momento em que elas vêm aqui, tem confraternização, teve amigo secreto no Natal, cada uma traz um prato, teve brincadeira, e melhoraram bastante, não tanto com a caminhada, elas se sentem melhor/melhoram com o grupo... elas acabam relatando coisas delas, o que está acontecendo, essa é nossa maior ação de saúde mental aqui no posto.(2)

Grupo é definido como uma unidade social, um conjunto de indivíduos, mais ou menos estruturada, com objetivos e interesses comuns cujos elementos estabelecem relações e interagem entre si, se constituindo, assim, como

uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios. Pode-se, portanto afirmar que assim como todo indivíduo pode se comportar como um grupo, todo grupo se comporta com individualidade.¹³

Nas atividades em grupo, entendemos que as pessoas desenvolvem novas habilidades relacionais e conhecem novas maneiras de superar ou minimizar os encargos dos problemas cotidianos ou sofrimentos vivenciados. O trabalho em grupo permite aproximar as pessoas e formar novas redes de cuidado, bem como laços de solidariedade e convivência no território.

As ações em saúde mental na ESF se manifestam em atividades grupais que, inicialmente, poderiam não ser consideradas como atividades para promoção da saúde mental. No grupo de caminhada, por exemplo, formado para pessoas com problemas crônicos, como diabetes e hipertensão, a convivência com outras pessoas, o diálogo, o espaço para escuta, aliados à prática de exercícios físicos, ajudam a melhorar a autoestima dos participantes. Desse modo, o sujeito vai expressando suas angústias e medos, bem como conhecendo e se conhecendo. Na caminhada, a pessoa pode falar sobre o que está acontecendo na sua vida, o que lhe incomoda ou motiva.

Assim, ouvindo as experiências do outro e vendo como ele lida com elas que podemos ajudá-lo nos enfrentamentos cotidianos da vida e nos orientar sobre novos modos de ser. Além disso, os espaços de convivência proporcionam outras conversas, processos e resultados, no qual pode ser também um espaço aberto para que os participantes possam mostrar/ensinar seus talentos, tornando o grupo uma experiência ainda mais enriquecedora.

Quando falamos de uma demanda de usuários por atenção, escuta, em ser cuidado de alguma forma, no espaço de encontro na ESF, estamos novamente ressaltando a importância do acolhimento como tecnologia de cuidado em saúde (e em saúde mental). Além disso, o quanto

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

esse acolhimento pode modelar a experiência do processo de trabalho na ESF, tornando-o cada vez mais dinâmico e imprevisível. Isso reforça a tendência de que, na ESF, não é possível criar papéis estáticos ou cristalizados, exigindo que os trabalhadores busquem, diariamente, “fazer diferente”:

Eu acho bom, os pacientes são bons, o lugar é bom de trabalhar. A gente participa de um grupo, é tipo uma terapia na verdade. As pacientes fazem tricô, pintam pano de prato e elas conversam, falam dos problemas da vida. A professora é uma senhora bem velhinha que não tem ninguém, tem família, mas mora sozinha. Não tem aonde ir, não tem amigos, e aqui é a ocupação dela, então toda quinta ela tem uma ocupação. Tem outras que fazem a caminhada, os hipertensos adoram, a gente participa. Então não é só a prática de abrir dente, restaurar dente, isso cansa com o tempo, na ESF saímos da rotina, o trabalho é mais amplo.(3)

Os grupos podem ter vários objetivos, mas, na atenção básica, se tornam um espaço rico para promoção de saúde. Conviver, praticar atividades físicas, fazer arte e trocar experiência com parceiros na mesma situação ajudam a conhecer melhor as potencialidades do território e os problemas individuais ou comunitários vividos por eles.

A estruturação de tais estratégias no contexto da Atenção Básica fornece subsídios para o processo de reabilitação e reinclusão social do indivíduo em sofrimento psíquico, que, por sua vez, amplia os espaços de convivência, diversifica as trocas entre usuário e sociedade, reinserindo esse cidadão junto a comunidade. Além disso, toma como ponto de partida as necessidades dos usuários em seu contexto sócio-relacional, para buscar, através da criação de espaços dialógicos, uma aproximação do indivíduo com seu sofrimento. Isso serve para poder compreender sua história, escutar, estreitar vínculos, cuidar, ressignificar, mediar relações, produzindo, assim, novas possibilidades de trocas, de afetos e de

Mental health actions...

relações para esses sujeitos.¹⁴

Compreendemos que o trabalho em grupo deve ser estimulado no cotidiano do trabalho da ESF, mas desenvolvido seguindo-se uma metodologia específica, além de ser voltado para o interesse da comunidade. Algumas conversas na sala de espera, caixa de sugestões e análise de perfil epidemiológico são algumas sugestões para dar início ao processo e, a partir disso, planejar os grupos. O profissional deve ter domínio do grupo e construí-lo coletivamente, com assuntos que sejam trabalhados de acordo com as demandas apresentadas pelos participantes:

E essa era muito boa, ela tinham domínio do grupo, as pessoas se sentiam mais à vontade, era bem bacana.(2)

Teve um grupo de terapia comunitária aqui no posto, em que duas psicólogas eram voluntárias, mas não deu certo e terminou, porque os pacientes não tinham ânimo de vir. Não foi como o grupo que tínhamos de pintura e artesanato que uma professora voluntária fazia nas quintas-feiras. Neste, eles chegavam perguntando se já tinha iniciado. E na terapia comunitária vinham poucos e sem ânimo. Os pacientes não gostavam da maneira que era levado o grupo, as psicólogas traziam como se fosse uma receita, era aquilo ali... por exemplo, uma paciente chegava com um problema que teve com a filha e não era falado sobre aquilo, sobre o que te incomodava. As psicólogas traziam o assunto. Por exemplo, como evitar um conflito. Mas não era falado do problema de cada um, e os pacientes não gostavam disso, queriam um espaço pra poder resolver seus problemas.(4)

O grupo de terapia comunitária não funcionava porque não havia estímulo dos usuários em participar. Esse possível “desestímulo” parece ter sido gerado pelo próprio trabalhador, que, inicialmente, planejou as atividades grupais a partir daquilo que pensava como prioridade para o território. No entanto, essa atividade não se tornou interessante para o usuário, além de não ser efetivamente conduzida com sua participação.

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

Com isso, o grupo foi se esvaziando aos poucos, até que fosse encerrado.

Qualquer atividade onde os interesses do usuário ficam em segundo plano resgata a lógica tradicional de um modelo de atendimento que, atualmente, queremos superar. Numa perspectiva de reorientação assistencial, é preciso pensar no planejamento do trabalho em grupo na ESF e nas suas potencialidades no processo de saúde da população, centrando-nos nos desejos e nas necessidades dos usuários, permitindo sua participação na definição do seu próprio processo.

Pelo nível de envolvimento dos sujeitos na construção de saberes, no desenvolvimento da autonomia e na responsabilidade no cuidado da saúde, o atendimento em grupos passa a ser o mais apropriado. Além de que, para um atendimento à população mais efetivo, é necessário que cada usuário esteja de acordo com as propostas de atividades implementadas.¹⁴

Nesse sentido, compreendemos que as atividades em grupos devem ser desenvolvidas de forma não autoritária, adaptando-nos aos interesses dos usuários, o que facilitará sua vinculação aos serviços de saúde. Possibilitar a construção coletiva de projetos (grupos, espaços de troca) que atendam a demanda da população, além de potencializar o exercício da cidadania, gera transformações no comportamento individual e coletivo. E para isso, o trabalhador tem papel fundamental nesse processo, pois é um dos protagonistas dessas mudanças.

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais para trabalhar com saúde mental na ESF

A composição das equipes de saúde aponta para a multiprofissionalidade, como preconizado pelo modelo desenhado pelo Ministério da Saúde. Fazem parte dessas equipes médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cada qual com suas competências, porém com atribuições comuns pautadas no sentimento de responsabilização pelo cuidado sobre a população atendida, no território

Mental health actions...

e de acordo com suas demandas. A equipe de saúde é capaz de estruturar seu trabalho junto à comunidade, e até desconstruir modelos organizacionais já existentes, buscando dar respostas positivas às demandas da população. Para que isso seja possível é necessária a responsabilização, assim como a vontade dos membros da equipe de (re)construir o processo de trabalho.¹⁵

Há evidências teóricas de que a reestruturação das organizações de saúde, segundo equipes interdisciplinares, teria potencial para contribuir na melhor definição dos padrões de responsabilidade sanitária. Isso permitiria o estabelecimento de programas com coeficiente de vínculo entre profissionais e usuários mais humanos e eficazes, além de criar espaço onde uma integração interdisciplinar seja possível, ainda que não automática ou de simples execução.¹⁶ Para tanto, para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, assim como também montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro e alguém deve se responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Para se trabalhar, portanto, em uma perspectiva interdisciplinar, pressupõe-se um alto grau de adesão a um paradigma que pense o processo saúde/doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico.¹⁶

Os entrevistados comentaram sobre o trabalho e o vínculo em equipe, mas ainda parece forte o vínculo com o saber médico, principalmente pela dificuldade em entender como se processa o atendimento em saúde mental

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

Mental health actions...

no âmbito da saúde da família:

A gente tenta, mas não é a mesma coisa, o pessoal quer médico. Eles dizem que o técnico de enfermagem ajuda, mas não é médico. Se soubessem que às vezes com palavras já ajuda, mas é um vício, tem que tomar remédio, acham mais fácil pra fugir dos problemas, mas tem que ocupar a mente com outras coisas.(1)

É feito acolhimento como qualquer outro paciente, se eu vejo que tem um problema atrás do que ele está relatando, se está mascarado, a gente conversa, vejo a necessidade de encaminhar ao CESAME, converso com a médica pra ver se passo para ela dar um remédio pra acalmar, dar uma medicação, uma orientação. Nem sempre precisa de fármaco, às vezes uma escuta resolve, se é necessário encaminho ao CESAME.(2)

Nos depoimentos, foi possível perceber que ainda é relevante a preferência do usuário pelo médico na ESF, como se ela não funcionasse sem ele ou não houvesse profissional da área disponível para atendimento. Na equipe, é possível perceber que se tenta evitar a centralização do trabalho médico, priorizando a unidade da equipe, com abordagem interdisciplinar, mas ainda se sente a necessidade de ouvir a palavra do médico antes de certas tomadas de decisão.

Na premissa de que todos querem levar a vida satisfatoriamente, ressalta-se que na convivência com a instituição psiquiátrica, clientes e famílias se encontram à espera que a sua doença desapareça, ou que seja curada segundo os termos médicos.¹⁶ Por isso é tão presente a necessidade da cura do problema no olhar da população. Os profissionais até tentam romper com essa visão, organizando seu processo de trabalho com a participação de outros profissionais na assistência, como os técnicos de enfermagem. Mas a cultura da comunidade ainda mostra que a presença do médico seria sinônimo de trabalho mais efetivo e rápido.

Parece haver na ESF uma tendência a reorientar saberes e práticas, apesar dos “ranços”

que deslocam o contexto do cuidado para o enfoque médico dos problemas de saúde. Mesmo assim, acreditamos que não basta apenas criarmos novas equipes ou mudar profissionais já existentes se o modelo de atendimento continuar o mesmo.

Entendemos que é ele que orienta o processo de trabalho e como as equipes deverão funcionar. Se o modelo não muda, a própria cultura da sociedade sobre o atendimento em saúde dificilmente mudará. Trata-se, portanto, de um dos desafios da produção de saúde no contexto do território.

Um modelo que tende a ser dinâmico como o da ESF, onde não deve haver espaço para a centralização no modelo médico, gera muitas incertezas no cotidiano do trabalho, gerando muita insegurança no trabalhador. Uma dessas incertezas diz respeito ao encaminhamento - de como, quando encaminhar ou não encaminhar determinada situação:

Se eu tenho dificuldades com situações de saúde mental, procuro apoio, já cansei de ligar pra médica, perguntando o que ela acha que eu faço.(2)

A gente tem. Tu é limitado, tenho vontade de ter apoio de alguém, ou alguém que eu possa ligar pra ter um respaldo. Porque não sei se está certo o que estou fazendo, tenho necessidade de uma segunda opinião, de perguntar - o que faço nessa situação? Não sabemos como fazer, passamos pra equipe, pro NASF, porque não fazemos o encaminhamento no momento.(4)

Os entrevistados evidenciam a dificuldade de manejar determinados casos, como os de saúde mental. Para eles, há duas questões importantes para analisar. Uma delas diz respeito à opinião médica, fundamental para o direcionamento do atendimento, e a outra é o respaldo dos serviços de apoio, como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que devem orientar nessas situações.

Nesse contexto, destaca-se a importância do matriciamento como recurso de cuidado que

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

pode ser oferecido aos trabalhadores que fazem atendimentos em saúde mental na atenção básica. Trata-se de um especialista (ou equipe de especialistas) que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais da ponta, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe da atenção básica, responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. É um excelente recurso para se realizar a gestão da atenção em saúde de forma a diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.¹⁶

Dentro dessa perspectiva, situam-se também os NASFs como dispositivos estratégicos nessa caminhada de fortalecimento da rede.¹⁷

Entre suas funções estão o apoio às ESFs, tanto na abordagem de usuários quanto à discussão sobre o processo de trabalho dos serviços. Ela deve ajudar os serviços da atenção básica e em parceria com os especializados no atendimento aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar, entre outras situações sociais complexas.¹⁷

Além disso, também podemos citar a importância do próprio CAPS, como recurso estratégico do processo de reforma psiquiátrica, nessa construção. Os CAPS devem atuar de forma a estimular o diálogo entre os serviços e o fortalecimento da rede substitutiva, cooperando na transformação da visão (ainda) hegemônica sobre a clínica e a fragmentação dos serviços. O apoio matricial às equipes básicas, prestado pelos serviços especializados, pode ajudá-los a

Mental health actions...

desmitificar o atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico e a constituir novos contratos de humanização e gestão do cuidado, na perspectiva da rede.

Pelo que pudemos perceber, muitas vezes o depoimento dos profissionais circula a dificuldade em saber o que ou como fazer e para onde encaminhar sujeitos com transtorno mental. Nesse sentido, ressaltamos a necessidade de investimento na rede e de articulação entre os serviços. No entanto, ainda são sensíveis os entraves no acesso aos serviços especializados em saúde mental, contribuindo para tornar mais imprecisa a realidade do trabalho na ESF. No que se refere aos CAPS, por exemplo, a maior dificuldade diz respeito ao acompanhamento do usuário aos serviços, desde o momento do ingresso. Os relatos abaixo exemplificam tais dificuldades:

Muita gente é atendida aqui, até porque as cotas mensais pro CAPS são mínimas, são quatro.(1)

O que ouço de dificuldade e pra mim também afeta é o agendamento no CAPS, o pessoal não consegue agendar ou demora.(1)

A dificuldade é nisso, como encaminhar pro CAPS, quando encaminhar.(4)

Ao mesmo tempo em que os profissionais se dedicam, apesar das limitações, a atender os usuários no contexto do território, desponta como obstáculo a dificuldade de acesso aos serviços especializados, nesse caso o CAPS. O hábitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, usuários de drogas, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem.¹⁸

É papel do CAPS no âmbito do seu território: responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

rede de cuidados em saúde mental; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial, além de supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica. No entanto, dentro do território, possui maior potencial de inserção a ESF, e, por isso, é tão importante que o CAPS trabalhe junto às equipes da ESF, mesmo em situações de inchamento ou sobrecarga institucional.¹⁹

O CAPS foi criado a fim existir na modalidade de atender pessoas com sofrimentos psíquicos severos e persistentes, e para que seja efetivamente um serviço substitutivo, é necessário possibilitar o acesso e cuidado demandados. No entanto, alguns estudos vêm apontando algumas das dificuldades existentes no acesso dos usuários aos serviços especializados.^{20,21} Segundo eles, quando o usuário encontra dificuldade para ingressar ou ter alta do CAPS, esse mecanismo aumenta a demanda reprimida, assim como pode estimular o processo de cronificação e institucionalização daqueles que já se encontram dentro dele.

Em outro estudo sobre um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil, apontou-se que o desconforto dos trabalhadores no que diz respeito à inserção do serviço no território.²² Segundo esses profissionais, um serviço tão complexo, como o CAPS, que nasceu na comunidade, ainda parece se aproximar pouco dela, restringindo suas atividades ao contexto interno da instituição. Entre as justificativas levantadas no estudo, encontrou-se, principalmente, a falta de recursos para “sair do serviço”, como a falta de carro.

Tais justificativas, apesar de pertinentes para repensar a estrutura da equipe para os atendimentos ou para as atividades externas, reiteram o quanto as responsabilidades assumidas pelos trabalhadores ficam restritas ao espaço interno do serviço, excluindo-se de sua competência aquelas externas ao CAPS. Desse

Mental health actions...

modo, o movimento de “inclusão na comunidade” se reverte para a “inclusão no serviço”, mais compatível com modelos tradicionais que cronificam e institucionalizam a loucura, como o manicomial.

Enfatiza-se que o objetivo dos CAPS é funcionarem articulados em rede, e não somente entre si (rede inter-CAPS), mas em rede com outros serviços sanitários (de saúde mental e de saúde em geral), assim como em rede com outros serviços e dispositivos não sanitários, como educação, cultura, transporte, dentre outros produzidos no âmbito dos vários setores das políticas públicas.⁹ E não apenas das políticas públicas, mas também das iniciativas que vêm da sociedade com seus vários recursos e possibilidades, já que o maior potencial substitutivo do CAPS se dá na ação no território e não apenas nas atividades realizadas no interior do serviço, seja na possibilidade de ativar atores e recursos comunitários em função dos objetivos e estratégias de inclusão e integração social, seja na transformação da cultura da comunidade em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento mental.

Portanto, partindo do entendimento do CAPS como serviço estratégico para o atendimento em saúde mental no território, enfatizamos a necessidade de se pensar para “fora dele”, ou seja, olhar os diferentes dispositivos da rede que possam contemplar as complexas interações e demandas do fenômeno da loucura. Atuar no território sob essa perspectiva parece fundamental para a construção de uma inovadora lógica de atendimento que desmonte as instituições psiquiátricas tradicionais e abra novas perspectivas ou caminhos para o cuidado à loucura onde ela reside, como parte da sociedade em que vivemos. O CAPS é um excelente e estratégico recurso, mas não pode totalizar o conhecimento daquilo que ainda é tão desconhecido para todos nós.⁹

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

Novamente, pensamos na necessidade de refletir sobre o trabalho em rede, a fim de direcionar o fluxo a partir da demanda e de suas necessidades, iniciando processos sensibilizatórios aos trabalhadores e à comunidade. Além disso, é preciso potencializar a inserção e importância desses trabalhadores para ressignificar concepções tradicionais que ainda insistem em nos acompanhar, como o louco perigoso, agressivo, que deve ser contido e excluído do convívio com outras pessoas. É um trabalho hercúleo, mas importante e necessário para completar o círculo de possibilidades inventivas de cuidado articuladas aos pressupostos do movimento da reforma psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou e evidenciou a importância da atuação em rede no cuidado em saúde mental. No contexto da saúde da família, destacou a saúde mental como uma das muitas demandas de cuidado das pessoas, com a qual as equipes podem e devem se comprometer.

Foi possível identificar que, dentre as ações, destacam-se os atendimentos individuais ou na comunidade, além dos grupos. Em qualquer caso, nenhuma intervenção será efetiva sem o devido vínculo e o acolhimento desse usuário. Tratam-se de pessoas que vão aos serviços em busca, muitas vezes, de uma escuta atenta e interessada aos seus problemas, e, quando encontram, respondem melhor às propostas de cuidado. Intervenções essas que vão ao encontro de um cuidado integral e preocupado com o outro, contemplando as demandas dos indivíduos e a valorização de suas singularidades e limitações.

Dentre as dificuldades encontradas, a equipe aponta a incerteza com o trabalho, a necessidade de retomar a natureza interdisciplinar do trabalho em saúde mental e a importância da rede. De qualquer modo, não negam a clínica

Mental health actions...

tradicional, mas consideram que fazer saúde mental no cotidiano de vida das pessoas exige essa interface, onde o comprometimento do trabalhador na construção de um projeto coletivo é fundamental.

Do mesmo modo, percebemos a necessidade de aperfeiçoamento da organização do trabalho em rede, tendo a atenção básica papel nesse processo. Entendemos que o novo modelo de saúde mental requer que os trabalhadores se sensibilizem com as demandas dos indivíduos e procurem acionar os diferentes recursos dentro e fora do setor saúde. Sendo a loucura um fenômeno complexo e de difícil compreensão, acreditamos que se trata de um grande desafio à gestão, aos trabalhadores e à comunidade percebê-la como parte do mundo, e não como uma entidade que precisa ser recolhida e contida.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. Tanaka, OY; Ribeiro, EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciências e Saúde Coletiva, Abr. 14(2): 447-486, 2009.
4. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e

Magalhães VC, Pinho LB, Lacchini AJB *et al.*

- sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2375-2384, 2007.
5. Ceccim, RB; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1):41-65, 2004.
 6. Brasil. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
 7. Teixeira, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A.(Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 89-112, 2003.
 8. Coimbra, VCC; Kantorski, LP. O acolhimento em centro de atenção psicossocial. *Revista Enfermagem UERJ*, 13(1): 57-62, 2005.
 9. Amarante, PD de C. *Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado*. In: Giovanella L. et al. (orgs). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
 10. Merhy, EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
 11. Brasil. *Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
 12. Franco, TB. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Coletiva*. 7 (1): 9-20, 2011.
 13. Zimerman DE. *Fundamentos Básicos das grupoterapias*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
 14. Antonacci, MH; Pinho LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*. 32(1)136-142, 2011.
 15. Pereira, MJB; Fortuna, CM; Mishima, SM; Almeida, MCP; Matumoto, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. *Rev. Bras. Enferm.* 62(5):771-777, 2011.
 16. Campos, GWS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, fev 23(2):399-407, 2007.
 17. Brasil. Portaria 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
 18. Lancetti, A; Amarante, P. *Saúde Mental e Saúde Coletiva*. Em: Campos GWS et al (org). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
 19. Brasil. Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
 20. Wetzel, C. *Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo*. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.
 21. Antunes, SMMO; Queiroz, MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1): 207-15, 2007.
 22. Pinho, LB; Bañon, AM; Kantorski, LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(1): 28-35, 2010.

Recebido em: 13/03/2012

Aprovado em: 08/10/2012