

“Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro”

por

Ailson Campos Junior

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, junho de 2013.

Esta dissertação, intitulada

“Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro”

apresentada por

Ailson Campos Junior

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Freitas Guljor

Prof. Dr. Fernando Ferreira Pinto de Freitas

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 28 de junho de 2013.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

C198 Campos Junior, Ailson

Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. / Ailson Campos Junior. -- 2013.

130 f. : tab. ; mapas

Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Prática de Saúde Pública. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Prática Profissional. 5. Condições Sociais. I. Título

CDD - 22.ed. – 362.2098153

DEDICATÓRIA

À minha esposa Karine que
sempre me apoiou incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

“A vontade de superar um afeto não é, em última análise, senão vontade de outro ou de vários outros afetos”.

Friedrich Nietzsche

Agradeço imensamente a minha mãe, Telma e meu pai Ailson pela minha existência, por me ajudarem a trilhar pela vida com amor e dignidade.

À minha tia Mercedes pelo apoio, carinho e incentivo incondicional aos meus estudos. Você nem sabe o quanto foi importante neste caminho!

Ao meu irmão Diogo e ao primo Guilherme pelas palavras de incentivo e também pelos puxões de orelha em dados momentos. Eles sempre me impulsionaram a buscar meus limites.

À toda minha família pelas lições de união e amor que sempre são passadas nas reuniões de domingo.

À minha esposa Karine por sua paciência, pelo companheirismo e pelos finais de semana vividos em casa sem programas de lazer. Você é fundamental em todos os processos de minha vida.

Aos amigos que suportaram minhas ausências. Ter faltado o futebol aos sábados me custou muito.

Aos amigos do mestrado pelo carinho e apoio quando o mestrado ainda era um sonho. Obrigado por me ajudar a torná-lo possível.

Ao pessoal do LAPS/ENSP pela acolhida.

Ao meu orientador Paulo Amarante, por ampliar minha visão sobre a vida e não somente sobre as nuances deste estudo. Cada orientação era um momento de imenso prazer e aprendizagem.

Ao Professor Luciano Toledo pelo apoio e a todos os professores do curso que ministraram aulas aqui em Cachoeiras de Macacu. Jamais esquecerei as aulas ministradas pelo professor Gil Sevalho.

Por fim agradeço a todos os envolvidos que de alguma forma contribuíram para que esta etapa fosse concluída com sucesso.

EPIGRAFE

“A experiência da dor do desassossego e inquietude... é provavelmente tão antiga como a história do gênero humano. E atravessa cada existência do principio ao fim. Não menos antiga e constante é a busca de soluções, remédios, cura... O urgente é curar”.

Adriano Amaral de Aguiar

RESUMO

O processo de expansão da atenção primária no Brasil na última década tem trazido diversos desafios para a saúde pública do país. Um destes imperativos suscita as diversas possibilidades que se colocam no trato das questões que surgem no campo da saúde mental nas diversas comunidades assistidas pelo país. Neste trabalho focamos as práticas de cuidado em saúde mental desempenhadas pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família junto às comunidades atendidas em um município do interior do Rio de Janeiro. O objetivo foi compreender/problematizar como eram realizadas as abordagens que surgiam como demandas em saúde mental na prática do médico nestas unidades de saúde. O dispositivo apoio matricial também foi analisado a partir do exercício do apoio matricial em saúde mental e as diversas facetas que esta ferramenta pode assumir. Desse modo, a prática dos profissionais médicos que assistem os usuários da Estratégia de Saúde da Família, a relação com as questões de saúde mental, a capacidade de uma visão mais holística da comunidade assistida e a relação com o uso de medicações psicofarmacológicas foram as três categorias analíticas que balizaram a realização da pesquisa em todas as suas fases. Foi compreendido, dentre outras coisas, que a relação que os médicos assumem com a comunidade assistida de maneira geral, ainda esta muito atrelada a uma visão clinica-institucional que não privilegia algumas questões de identidade, cultura e movimentos sociais nas comunidades. Também foi observada a inexistência de práticas voltadas para o empoderamento dos sujeitos sobre suas condições de vida, saúde e subjetividade.

Palavras-chave: Práticas de saúde; saúde mental; atenção primária.

ABSTRACT

The process of expansion of primary care in Brazil in the last decade has brought many challenges to public health in the country. One of these requirements raises various possibilities that arise in dealing with issues that arise in the field of mental health in diverse communities served by the country. In this paper we focus on the practices of mental health care performed by doctors of the Family Health Strategy in the communities served in an inland city of Rio de Janeiro. The objective was to understand / discuss how to perform approaches that arose as demands on mental health in physician practice these health units. The device support matrix was also analyzed from the exercise of the matrix support in mental health and the many facets that this tool can take. Thus, the practice of medical professionals that assist users of the Family Health Strategy, the relationship with mental health issues, the ability of a more holistic view of the community attended and the relationship with the use of psychopharmacological medications were the three categories analytics that guided the research in all its phases. It was understood, among other things, that the relationship that doctors take the community assisted in general is still very tied will clinically institutional vision that does not privilege some issues of identity, culture and social movements in communities. We noted the lack of practices for the empowerment of the citizens about their living conditions, health and subjectivity.

Keywords: Practice health; mental health; primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária a Saúde
AT	Atividade terapêutica
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
COMPERJ	Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
IB	Intervenção Breve
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Superintendência de Atenção Básica
SESDEC	Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade de atenção básica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
INTRODUÇÃO.....	17
1.0 REFERENCIAL TEÓRICO	23
1.1 Estratégia de Saúde da Família. Mas de que família?.....	23
1.2 Alguns aspectos da Reforma Psiquiátrica e sua interface com a Estratégia de Saúde da Família.....	30
1.3 A implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família; o matriciamento e suas reverberações na prática do cuidado em rede).....	42
1.4 Medicalização da vida; mais uma prática bem intencionada nesta rede de cuidado.....	50
1.5 A utilização de psicofármacos.....	59
2.0 PERCURSO METODOLÓGICO.....	65
2.1 O cenário.....	65
2.2 Configuração do Programa de Saúde Mental.....	67
2.3 A Rede de Atenção Primária.....	70
2.4 Unidades de Atenção Primária Tradicional	70
2.5 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde.....	71
2.6 Caracterização do local pesquisado.....	71
3.0 ABORDAGEM TEÓRICO – METODOLÓGICA.....	74
3.1 Objetivos.....	75
3.2 Os sujeitos da pesquisa.....	76
3,3 Critérios de Exclusão.....	80
3.4 Aspectos Éticos.....	80
3.5 O desenvolvimento da pesquisa.....	80
4.0 A ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	82

4.1 A práxis dos entrevistados: a rede de cuidados em saúde mental no território estudado.....	87
4.2 A dimensão dada ao tratamento psicofarmacológico.....	94
4.3 A atenção psicossocial na Estratégia de Saúde da Família.....	104
5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
6.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para os médicos de Saúde da Família.....	125
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126
ANEXO A– TABELA 1: Os cinco princípios ativos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 em formulações industrializadas de maior consumo no país. Brasil, 2007-2010.....	129
ANEXO B - Mapa de localização das unidades no território.....	130

APRESENTAÇÃO

Ultimamente, faz-se urgente refletir as práticas de cuidado dispensadas em saúde mental na atenção primária. Entendendo que há no Brasil uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, buscarei explicitar brevemente as razões da escolha pelo termo atenção primária.

Os autores concluem que os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. Porém, em algumas ocasiões, seus referenciais variam desde as correntes francamente funcionalistas até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” ao de “Atenção Primária”.

O debate sobre Saúde da Família pode ser iniciado recuperando a concepção da Atenção Primária (AP), definida pela Organização Mundial de Saúde como:

[...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978).

Entretanto, existe uma enorme diversidade que demonstra a dificuldade de consenso sobre o tema. A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser considerada o nível primário do sistema de serviços de saúde, concebida como o modo de organizar e fazer funcionar a “porta de entrada” do sistema, com ênfase na função resolutiva, minimizando custos econômicos e orientada para satisfazer as demandas da população nos problemas mais comuns de saúde. Também pode ser considerada uma estratégia de organização do sistema de saúde, sendo uma forma de recombinação, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades da população (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004).

Esta noção de APS enquanto estratégia de organização do sistema de serviços de saúde tem como referência a ideia de que tais sistemas podem ser fragmentados ou

integrados. Os primeiros são organizados por níveis hierárquicos segundo a complexidade crescente, numa forma piramidal.

A APS, neste modelo, ocupa o primeiro nível de complexidade. O modo de organizar os serviços de saúde dentro destes sistemas está voltado para o atendimento a condições agudas duração da condição limitada, manifestação abrupta, causas simples, diagnósticos precisos. (MENDES, 2002).

Segundo este mesmo autor, sistemas integrados se estabelecem em rede horizontal integrada na qual a APS é o centro de comunicação e não há hierarquia. Neste caso, a atenção é voltada para condições crônicas (manifestação gradual, duração indefinida, causas múltiplas, diagnósticos incertos).

No papel de centro de comunicação da rede horizontal, a APS deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo (resolver a maioria dos problemas da população); o papel organizador de fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos da atenção à saúde e o de responsabilização, isto é, cor responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em todos os pontos de atenção a saúde (MENDES, 2002, 2007).

A APS ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) está organizada em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) se deu em 1994 pelo Governo Federal como política de atenção primária no Brasil. A partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa reforçando a ideia de estratégia de saúde da família por reconhecê-la na reorientação da APS no Brasil (CORBO E MOROSINI, 2005).

Para o Programa de Saúde da Família foram definidos os seguintes atributos propostos por Starfield (1998): Atenção ao primeiro contato (acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde); Longitudinalidade (parceria sustentada na qual o paciente é tratado como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração) Integralidade (as unidades de atenção primária devam fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas); Coordenação (forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas). Esta autora inclui ainda a focalização

na família e a orientação comunitária como fatores importantes do contexto sócio-econômico-cultural e que devem ser considerados como parte dos atributos da Atenção Primária.

Em 2006 a Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde reafirmou a ESF como modelo estruturante do SUS. A ESF está ancorada nas ações de uma equipe composta por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral e contínua a uma população adstrita de, no máximo, 4000 pessoas. As equipes podem ser ampliadas, conforme necessidade e decisão do gestor municipal (BRASIL, 2006 - PORTARIA 648 DA SAÚDE).

A atenção primária (AP), conceito que tomaremos como nosso referencial, é entendido como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, situado no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde. Pensa o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Esta necessidade de reflexão se faz presente por diversas razões, porém uma delas é de maneira impar pertinente dada sua emergência de ação no território: a linha de cuidado dispensada aos sofrimentos mentais surgidos nos territórios cobertos pela Estratégia de Saúde da Família. Porém, para uma análise de tal mote ser considerada minimamente comprometida, esta deverá englobar as nuances complexas e subjetivas que estas demandas impõem ao setor saúde.

Ao longo de minha trajetória profissional como psicólogo no município de Cachoeiras de Macacu sempre me inquietei com a quantidade de pacientes que recebi e ainda recebo em busca de ajuda para algum tipo de sofrimento mental ou mal estar difuso que fazem única e exclusivamente dos medicamentos seu amigo mais fiel. Durante minha passagem pelo ambulatório de saúde mental lá pelos idos de 2006 já era corriqueiro perceber a quantidade de medicamentos psicoativos distribuídos em larga escala e a falta de iniciativas ou reflexões que problematizassem tais condutas. Tomados por certa indignação resolvemos (alguns profissionais do ambulatório) montar um grupo que periodicamente viria se reunir para discutir e pensar propostas

para a mudança de tal quadro. Em 2008 ainda sem observar uma ligeira mudança nos padrões de dispensação de drogas psicoativas no ambulatório, fui surpreendido ao receber um convite para fazer parte de uma equipe multiprofissional que realizaria um trabalho de suporte e apoio ao Programa de Saúde da Família naquele ano. Surgia ali, em maio de 2008 o NASF em Cachoeiras de Macacu/RJ. Esta equipe que formada por mim e mais cinco profissionais (Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Pediatra e Ginecologista) lançou-se em um novo tipo de intervenção com um formato bastante diferenciado daquele proposto pelo ambulatório de saúde mental. Inaugurava-se aí uma aproximação com o sofrimento mental nos territórios onde eles eclodiam. Descobrimo este novo tipo de intervenção e cuidado à saúde foi possível conhecer e reconhecer o papel preponderante que algumas vulnerabilidades “assujeitam” alguns sujeitos. Porém mesmo com um tipo de intervenção e contato diferenciado (visitas domiciliares; busca ativa no território...) foi nítido perceber o quanto a medicamentação exercia seu vigor na subjetividade dos sujeitos.

Neste momento surgia como necessidade primeira entender o estabelecimento do processo saúde/doença em toda a sua complexidade e de que maneira os usuários que são atendidos na Estratégia de Saúde da Família do município de Cachoeiras de Macacu estão sendo assistidos.

Pensar as práticas de cuidado que são oferecidas á estas famílias transformou-se em inquietação e terá neste estudo a intenção de perceber se as ações de cuidado na AP (atenção primária) tem levado em consideração a singularidade de sua população ou apenas tenta reproduzir no nível local uma receita orientada para um modelo verticalizado, neoliberal, capitalista e, portanto exigindo em suas entranhas uma vertente consumista.

Este estudo buscará ser um estudo exploratório amostral sobre as possíveis condutas desempenhadas pelos profissionais médicos na Estratégia de Saúde da Família e a relação entre estas práticas de cuidado no âmbito de um serviço na Atenção Primária de atendimento à saúde mental de uma pequena cidade do interior.

A expansão da ESF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, faz-se necessário análises qualitativas da ESF (ou das ESFs) em

desenvolvimento nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos.

Entendendo a complexidade do tema buscaremos aqui refletir a competência deste dispositivo que surge no afã de mudar paradigmas e promover saúde na assistência ao usuário do setor saúde.

Sendo assim esperamos ao fim deste estudo avaliar se estamos apenas sendo mais um instrumento de controle social diante do sofrimento mental como tantos outros na sociedade ou se estamos inaugurando um olhar zeloso e implicado na tentativa de promover saúde.

1.0 INTRODUÇÃO

“O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde da família” (SANTOS, 2008, p. 20).

O processo da reforma sanitária, iniciado na década de setenta, começa a tomar forma como política pública a partir de 1986, data da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta ocasião dentre outras questões, foram traçados os princípios, tanto doutrinários quanto organizativos, do sistema de saúde no Brasil, instituídos na Constituição de 1988, na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões na Conferência contaram com a interpelação de movimentos sociais, trabalhadores da saúde, representantes de municípios e Estados, bem como de diretrizes produzidas em Conferências internacionais, como Informe Lalonde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, entre outras.

Esse processo de reforma da saúde passou a igualar direito à saúde com direito à vida. Saúde passou a ser pensada conjuntamente com cidadania e condições de vida. À precarização da saúde, respondeu-se com a ampliação do conceito de saúde. Assim, saúde deixou de ser apenas ausência de doença e passou a ser direito a possibilidades de vida. Com isso, inclui-se na atenção à saúde, além do tratamento e da reabilitação, a prevenção e a promoção de saúde. De acordo com Buss (2003, p.33):

[...] Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Para a promoção de saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias [...].

A promoção de saúde é um conceito que iniciou-se como um nível da medicina preventiva e, paulatinamente, e foi transformando-se para caracterizar-se como um eixo político e técnico do processo saúde-doença cuidado (BUSS, 2003). Essa modificação do conceito tem na Carta de Ottawa um de seus preconizadores, na medida em que correlaciona, em um mesmo nível de cuidado, “vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria” (Buss, 2003, p.16) com estratégias de responsabilização múltipla – Estado, indivíduos, sistema de saúde, intersetorialidade. A importância da promoção de saúde reside justamente nessa articulação de saúde com outros conceitos que não apenas a doença. Saúde vai para além de um corpo com ausência de doenças. Saúde passa a ser uma possibilidade de formas de viver que incluem solidariedade, cidadania, equidade, entre outros. Desse modo, abre-se para a saúde a possibilidade de outras práticas de cuidado que não apenas as consideradas formas de governo da vida. Assim nesta vertente ideológica nascia lá pelos idos dos anos noventa uma estratégia que buscava em sua essência mais que superar um paradigma, lançar um novo olhar sobre os sujeitos.

O Programa de Saúde da Família - PSF - foi implementado pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital”.

Assim, o PSF foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília, DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF. A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe ressaltar, também, que esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro.

A estratégia do Programa foi iniciada em junho de 1991, tendo como antecessor o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), e nos primeiros anos de existência foi marcado por inquietações e críticas. Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

A Atenção Primária em Saúde Pública no Brasil nos últimos 20 anos evoluiu, a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, quebrando o paradigma voltado para a reabilitação centrado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (CECÍLIO, 2001).

No percurso dessa evolução, um dos marcos foi o início da Estratégia de Saúde da Família, em 1994, embasado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual se iniciou na Região Nordeste, em 1991. A principal característica inovadora da Estratégia de Saúde da Família foi mudar o foco de atenção da Assistência à Saúde do indivíduo para a família, para organizar os serviços de promoção da saúde, levando em conta o ambiente onde as pessoas vivem (FLORINDO, 2009).

A Portaria que regulamentou a criação foi a nº 692 de 25 de março de 1994, com a primeira proposta de organização dos “Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF”. Em 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica 01/96, foi apresentada uma “tentativa de indução de mudança do modelo assistencial, através do estabelecimento de incentivos à estruturação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF)” (LEVCOVITZ, 2001, P. 285).

O PSF é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, sendo denominada atualmente por Estratégia de Saúde da Família (ESF) e apresenta-se como uma proposta de reestruturação da Atenção Primária, centrada na família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, ou pelo menos não deveria ser. Pelo contrário, caracteriza-se em seu cerne, como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados. Dessa maneira por conta de uma reorientação no modelo de atenção houve uma mudança na sigla que passou de PSF para ESF (Estratégia de Saúde da Família).

De acordo com Escorel et al, o PSF desde 1999, “passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde” (2007, p. 165).

A proposta da ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família foi pensada como alternativa ao modelo biomédico e concebida como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização (Brasil, 1994). A primeira publicação federal sobre o Saúde da Família definiu que seus objetivos seriam a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção estaria, dessa forma, centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

O principal enfoque da estratégia está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes a saúde, a fim de buscar uma melhor qualidade de vida.

No contexto do SUS, a ESF, sigla com a qual se consagrou desde então, incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância da Saúde, incluindo o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, reafirma os princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade, com a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e também propõe a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias de promoção para saúde (COSTA; CARBONE, 2004).

A atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor.

A formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos

papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde.

Segundo orientações do Ministério da Saúde, na ESF, as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir do conceito de delimitação do território, mapeamento das áreas e microáreas a primeira entendida como um conjunto de microáreas contíguas sob a responsabilidade de uma equipe, onde residem em torno de 3.000 a 4.500 pessoas e a segunda representa a área de atuação de um agente comunitário de saúde onde moram cerca de 400 a 750 pessoas, cadastramento familiar e utilização do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2006).

Seguindo essas diretrizes, uma equipe de saúde da família deve ser composta minimamente de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A incorporação de outras categorias profissionais dependerá dos municípios. Cada equipe deve ser responsável pela cobertura de 1.000 famílias (BRASIL, 2006). A ESF pode ser facilmente confundida com outros programas de Saúde Pública, que focam uma assistência tecnicista, curativa centrada no profissional médico, distinguindo-se do Paradigma Sanitário, que tem a concepção no processo saúde/doença. Como ocorre com outras propostas de âmbito nacional, a implementação da ESF, desde sua criação nos três níveis federal, estadual até chegar ao nível municipal do sistema de saúde, tem assumido configurações bastante peculiares (GONDIM, 2005).

É de suma importância que a equipe da estratégia de saúde da família se integre com a comunidade para compreender os papéis psicossocial e afetivo, buscando interpretar a realidade vivida por cada integrante, seja individual ou coletivamente para que se possa orientá-los para um estilo de vida saudável, e que sejam realmente agentes de transformação.

A disseminação dessa estratégia e os investimentos no que se denominou Rede Básica de Saúde trouxeram várias questões para debate em nível nacional, dentre as quais a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais. A ideia era a imagem de uma pirâmide para atenção à saúde, pautada no conceito de complexidade crescente em direção ao topo, ocupado pelo hospital, tendo na base a rede primária, como porta de entrada do sistema de saúde (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Outra questão que tem sido alvo de debates e reflexões dadas sua complexidade no território diz respeito á diversidade dos tipos de famílias encontradas contemporaneamente.

É preciso destacar, entretanto, que as origens da referência à unidade familiar enquanto objeto de intervenção em saúde são anteriores a ESF e trazem consigo uma dimensão subjetiva potente que certamente merecem certo prestígio.

1.0 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Estratégia de Saúde da Família: Mas de que família?

A instituição familiar tem passado por várias modificações decorrentes de mudanças havidas no contexto sociocultural. Ao considerarmos a evolução família no tempo, devemos considerar aspectos, tais como: demografia, vida privada, papéis familiares, relações estado-família, lugar, parentesco, transmissão de bens, ciclo vital da família e rituais de passagem.

Segundo Grandesso (2006, p.48), todos os povos, todas as raças constroem e mantêm suas tradições colocando na linguagem, em forma de narrativas, os usos e costumes, preservando a continuidade da existência nos relatos próprios das tradições orais e escritas das comunidades, instituições e famílias. De acordo com a autora, as conversações em família inventam a vida privada, garantindo a transmissão de tradições, valores, padrões, mitos e rituais próprios da cultura familiar, criando uma identidade em constante movimento.

Seja de que forma for, ampliada ou nuclear elementar ou complexa, a família foi e seguirá sendo família sempre que forem preservadas suas funções: vínculo matrimonial com o objetivo da satisfação sexual e a educação dos filhos. Assim continua sendo o lugar de proteção, de socialização e de estabelecimento de vínculos.

Neste sentido, vale citar a concepção de Patrício (1994, p.97) que conceitua a família como: “um sistema interpessoal formado por pessoas que integram por vários motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico”.

Em seu processo evolutivo, a família modificou-se quanto ao número de membros pertencentes ao sistema: de uma família extensa do início do século XX, onde conviviam pais, filhos, parentes por consanguinidade ou por afinidade e empregados, passou a ser, na segunda metade desse século, uma família denominada nuclear, onde, preferentemente, convivem pais e filhos. Devido a questões sociais e econômicas, o modelo anterior foi se transformando e predominando a configuração na qual apenas os pais responsabilizam-se por seus filhos, diminuindo a rede de apoio da família extensa. Fatores emocionais e culturais também contribuíram para que a família privilegiasse este tipo de configuração, resultando em maior distanciamento das famílias de origem.

Após o surgimento da pílula anticoncepcional, na década de 60, a mulher passa a poder controlar a procriação de forma mais segura, permitindo-se uma maior liberdade sexual, o que também lhe possibilita conquistar novos espaços fora de casa e entrar no mercado de trabalho (BUCHER, 1999; MELER S.D.; VAITSMAN, 1994). A sexualidade passa a ser percebida com maior naturalidade e a questão da fidelidade torna-se um compromisso compartilhado pelo casal, porém com mais possibilidades de ser rompida por ambos os cônjuges, tornando as uniões menos duradouras.

Vários aspectos vão sendo transformados ou conquistados, tais como, a busca por decisões compartilhadas não somente sobre questões dos filhos, mas também nas atividades administrativas e financeiras da família. Os direitos e deveres, gradativamente, vão se tornando recíprocos.

Evidentemente, as famílias não se apresentam de forma tão clara em suas características. Não podemos deixar de considerar que o relacionamento humano é permeado de emoções, vontades, decisões que nem sempre são diretamente aceitas pelo outro. O indivíduo que pertence a um núcleo familiar possui uma vida intrapsíquica que lhe confere características individuais, que podem estar em desacordo com a maneira de ser de outro membro de sua família. Justamente por existir a subjetividade é que o relacionamento humano torna-se tão rico e envolvente, conferindo ao sistema familiar características próprias. Laing (1983), ao falar sobre as funções que a família desempenha, referindo-se às relações entre os membros de uma família escreve:

“... a família com estrutura fantástica determina entre os membros de uma família relações de tipo diferente das de pessoas que não partilham a mesma interiorização. A ‘família’ não é um objeto interiorizado, mas sim um conjunto de relações que foi interiorizado.” (pag.79)

Este conjunto de relações forma padrões de relacionamento que se integram ao subjetivo do indivíduo, que vem a desenvolver e assimilar um sentido de grupo.

A família pós-moderna, sem dúvida, modificou-se, assumindo novos padrões familiares. O fato a ser considerado é se estes novos padrões são decorrência do anteriormente conhecido ou são novos padrões surgidos na sociedade contemporânea. Segundo Vaitsman (1994, p.36), “o que caracteriza a família e o casamento numa

situação pós-moderna é justamente a inexistência de um modelo dominante, seja no que diz respeito às práticas, seja enquanto um discurso normatizador das práticas".

Uma estrutura familiar que tem crescido em número é a formada por pais ou mães únicos, denominada de família monoparental. Estas famílias são decorrentes de divórcios ou separações, onde um dos pais assume o cuidado dos filhos e o outro não é ativo na parentalidade, ou famílias onde um dos pais é solteiro e o outro nunca assumiu a parentalidade.

Segundo Garbar e Theodore (2000, p. 29) nas famílias monoparentais, encontramos um maior número de famílias formadas por mães e filhos, tanto mães separadas ou mães solteiras, constituindo-se, nestes casos, famílias em que a mulher é chefe de família. Não é raro encontrarmos mulheres, que têm uma boa capacidade financeira, que optam por terem seus filhos, sem estabelecerem um comprometimento com seus companheiros. Porém, o número de homens que assumem sua parentalidade sozinhos está crescendo, contribuindo para novos estudos decorrentes deste comportamento na interação dos papéis masculino e feminino.

A família reconstituída não é um fenômeno novo, porém o constante crescimento em números de recasamentos e as mudanças em sua natureza têm sido atribuídos a fatores econômicos e sociais.

A crescente independência econômica das mulheres após a revolução industrial e as guerras mundiais, a mobilização social, a liberação sexual e a busca pela felicidade individual têm contribuído para que recasamentos rapidamente tornem-se uma estrutura familiar bastante comum hoje.

Frequentemente, as famílias reconstituídas têm sido consideradas como frágeis ou instáveis, com dificuldades sociais, emocionais e econômicas. Esta percepção negativa sobre o recasamento se evidencia através da escassez de vocábulos adequados para novas situações surgidas e para as quais temos que buscar novos significados. Entretanto, devemos ter presente que, mesmo com os impasses que esta família enfrenta, nem sempre ela será conflituada ou com tendências a se dissolver. (HOLANDA, 2006)

Ainda segundo esta autora nessas famílias o relacionamento familiar amplia-se, pois há os filhos do casal original, há os filhos dos outros casamentos dos parceiros e, possivelmente, haverá os filhos do casal atual. Nesses relacionamentos surgem impasses quanto aos direitos e deveres de cada um, qual o papel a ser vivido por cada membro dessa família. As disputas entre os irmãos ou filhos dos casamentos anteriores

podem levar o casal atual a graves conflitos. Essa nova família necessita de um maior investimento de cada um de seus membros na elaboração de situações anteriores, para que possa desfrutar de um entendimento mais harmônico e saudável.

Outra forma de configuração familiar surgiu entre casais que preferiam não formalizar suas uniões, preferindo as uniões consensuais ao matrimônio legal. Esse tipo de compromisso é encontrado entre casais tanto em uma primeira união como entre casais que estão reconstituindo suas famílias. Atualmente não há discriminação aos casais assim constituídos. Encontramos também aqueles casais que estão unidos, mas cada um vivendo em sua própria casa de forma independente. Afirmam que desta forma preservam sua união. Muitas dessas uniões são resultadas de pessoas divorciadas com filhos, que, desta maneira, procuram evitar conflitos entre os filhos de cada um e entre si com os filhos dos casamentos anteriores.

Uma configuração familiar que não se caracteriza como nova, mas acontece, em muitos casos, devido às mudanças socioculturais, é a formada por casais de adolescentes. Quando uma adolescente engravida, as decisões da formação dessa família podem passar a serem tomadas por mais pessoas além do casal de pais. Geralmente os pais da adolescente, de alguma forma, assumem o cuidado do bebê, pois o mais provável é que a filha continue morando com seus pais pela dificuldade do casal iniciar uma vida independente. Ocorre, muitas vezes, que o futuro pai fique distanciado do processo da gravidez e do nascimento, pois ele continua morando com seus pais e não consegue assumir a responsabilidade de ser, ele próprio, pai de seu filho. Mesmo que o novo casal de pais passe a morar junto ou case, as interferências das famílias de origem são maiores devido à própria imaturidade do casal, que necessita recorrer a seus pais para se sustentarem. (SINGLY, 2007).

Na verdade existem diversas e subjetivas formas de arranjo que as famílias assumem na contemporaneidade.

Atualmente, encontramos a estrutura familiar constituída por casais sem filhos por opção. Cada vez mais, os indivíduos avaliam suas necessidades individuais, priorizando sua vontade de satisfação pessoal. Há indivíduos que optam por uma maior ascensão profissional, uma maior independência social e financeira, não abrindo espaço para a vinda de filhos. Por outro lado, esta opção pode significar uma dificuldade do casal em abrir este espaço, por relacionamentos insatisfatórios vividos com as figuras parentais.

Como expressão de um processo de individualização em ascensão, encontramos as famílias que (MELER, p.56) denominou unipessoais. Esta identidade foi criada para aquelas pessoas que optam por ter um espaço físico individual, localizando-se estas principalmente nas grandes cidades. São vários os motivos que levam a esta escolha, como a busca pela independência individual, necessidade de estudar fora de seu lugar de origem, o surgimento de uma oportunidade de trabalho, ou mesmo, a necessidade em ter um espaço físico e emocional, onde não precisem, necessariamente, manter trocas emocionais vindas de um convívio compartilhado, evitando, portanto, os possíveis desentendimentos provenientes da vida em família.

Segundo Fisher (1995), o que é genuinamente novo na família contemporânea é o predomínio de pessoas solteiras e divorciadas, e de viúvos e viúvas vivendo sozinhos. Antes, as pessoas viúvas conviviam com os filhos adultos e netos sem tensões ou conflitos. Atualmente, quando dispõem de recursos e saúde, preferem viver em suas casas.

Este fato, de alguma forma, está contribuindo para formar-se um novo tipo de família: a associação, que são compostas por amigos sem grau de parentesco. Sem manterem relacionamento sexual, estas pessoas, que não têm filhos, reúnem-se para manter um convívio amistoso. Festejam feriados juntos, ajudam-se mutuamente, quando um adocece. É hábito que datas importantes sejam comemoradas com sua família de origem. Desta forma, as pessoas nessas associações escolhem uma rede de parentesco baseada na amizade. Podem surgir novos termos de parentesco, novos tipos de seguro, novos planos de saúde, novos tipos de moradia.

Para a ESF, a família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, ou seja, a pessoa deve ser abordada em seu contexto socioeconômico e cultural, e reconhecida como sujeito social portadora de autonomia, reconhecendo que é na família que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente na saúde das pessoas.

Em suma, o programa prevê que o profissional tenha compreensão de aspectos relacionados à dinâmica familiar, seu funcionamento, suas funções, desenvolvimento e características sociais, culturais, demográficas e epidemiológicas. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001)

Cumprir destacar ainda a influência que o espaço ou território ocupado por estas famílias possuem nesta dinâmica de cuidado.

Segundo (BARCELLOS ET. AL., 2002) o território é o “resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças”.

O processo de socialização se dá no convívio familiar e, em especial, por meio das práticas educativas desenvolvidas com a finalidade de transmitir hábitos, valores, crenças e conhecimentos que se acredita serem úteis para a inserção dos entes na sociedade. Trata-se de um agir que, em geral, é aprendido por imitação e tende a repetir padrões vividos pelos pais em suas famílias de origem, além de carregar a crença de conhecimentos e habilidades inatas para o desempenho da função de pai e mãe e de que família “sempre foi assim”.

Vale destacar que é na família que a criança encontra os primeiros “outros” e com eles aprende o modo humano de existir. Seu mundo adquire significado e ela começa a constituir-se como sujeito.

Isto se dá na e pela troca intersubjetiva, construída na afetividade, e constitui o primeiro referencial para a sua constituição identitária. A criança, ao nascer, já encontra um mundo organizado, segundo parâmetros construídos pela sociedade como um todo e assimilados idiossincriticamente pela família, que, por sua vez, também carrega uma cultura própria. Essa cultura familiar que lhe é específica apresenta-se impregnada de valores, hábitos, mitos, pressupostos, formas de sentir e de interpretar o mundo, que definem diferentes maneiras de trocas intersubjetivas e, conseqüentemente, tendências na constituição da subjetividade.

Ao afirmar que “não existe um bebê sem a sua mãe”, Winnicott estava referindo-se a um princípio fundamental para a compreensão do seu conceito de *self*, que, segundo sua teoria do relacionamento parental, está presente a cada momento do processo maturacional do indivíduo: não existe o *self* sem o outro; o *self* acontece no mundo. Em 1967, Winnicott assinala que quando se fala de alguém, fala-se dessa pessoa com a soma de suas experiências culturais.

Mas, como lembra Bronfenbrenner (p.57), nos estudos a serem desenvolvidos com a finalidade de promover políticas públicas de atenção às famílias, não se trata de focalizar tão somente os processos intrafamiliares referentes à interação pais e filhos, mas também “*como os processos intrafamiliares são afetados por condições extrafamiliares*”.

A consideração da família como um fenômeno histórico, social, psicológico e educacional leva à consideração da necessidade de um trabalho multidisciplinar para o atendimento da mesma, incluindo a possibilidade de atendimento individualizado e incluindo também as redes sociais das quais a(s) família(s) faz (em) parte. Além do mais, para preservar a família como um contexto de desenvolvimento, o planejamento de um programa de atenção deverá contemplar tanto fatores intrafamiliares como extrafamiliares.

Segundo (TESSER, 2010, pág. 44) a ESF, por sua vez, deveria servir como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment*. Ainda segundo o autor se isto se concretizasse as terapias tenderiam a saírem do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado também incluído como agentes fundamentais do cuidado.

1.2 Alguns aspectos da reforma psiquiátrica e sua interface com a Estratégia de Saúde da Família.

“O objetivo da reforma psiquiátrica é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados”. (AMARANTE, 2008:758)

Pelos idos de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já reconhecia a magnitude dos problemas de saúde mental e admitia a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Sendo assim preconizou então, dentre outras coisas, a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade.

Aqui no Brasil, essas ideias passaram a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nasceu no eco da Reforma Sanitária, tendo guardado consigo princípios e diretrizes que orientaram esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.

Para o Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde Mental vem buscando desde então consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, com uma rede de serviços e equipamentos variados.

Segundo o Ministério da Saúde (2009) a Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família devam ser substitutivas ao modelo tradicional e não medicalizantes. Para que isso ocorra é necessária à articulação da rede de cuidados, tendo como objetivo a integralidade do sujeito, constituindo um processo de trabalho voltado para as necessidades singulares e sociais e não somente para as demandas.

Ainda segundo o entendimento do ministério da saúde o objetivo da Reforma Psiquiátrica, com a integração entre saúde mental e rede básica, é o de fomentar nos indivíduos, na família e na comunidade: crescimento, autonomia, garantia de direitos,

qualificação da convivência, garantia da escuta, valorização das raízes culturais e redes de pertencimento, reapropriação do processo de adoecer, potencialização e ampliação das redes de apoio e negação a toda forma de medicalização que gere cronificação (SUS/CNS, 2002; BRASIL, 2004).

Em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas que se sedimentam sobre os pressupostos da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a Atenção Primária. Parte-se da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de serem referidos a níveis especializados do sistema de saúde. Enfatiza-se ainda a importância do desenvolvimento de ações de tipo preventivo e promocional da saúde mental que teriam, na Atenção Primária, o lócus preferencial de desenvolvimento.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2009), fazem parte desta política os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral (Hospitais Gerais, ou nos CAPS III) e o programa de Volta para Casa, que oferece uma bolsa para egressos de longas internações em centros Psiquiátricos.

Vale ressaltar que o primeiro movimento social organizado na área de saúde mental aqui no Brasil foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que introduziu o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”. No período constituinte (1987) o MTSM assumiu duas rupturas importantes no processo de reforma: primeiro saiu de uma composição predominantemente de profissionais para incluir outros atores ampliando sua composição para os usuários e seus familiares em sintonia como os princípios de participação e controle social sustentado pelo SUS; segundo, aumentou a abrangência do caráter da luta que passa a ser mais social, na medida em que não busca a mera transformação do modelo técnico-assistencial psiquiátrico, mas a introdução de mudanças na sociedade. Essas rupturas apontaram para o que hoje se considera um processo social complexo que implica em várias dimensões simultâneas e interdependentes. Neste sentido busca-se marcar que a reforma psiquiátrica não pode se limitar a uma simples reorganização do modelo assistencial, mas antes deve apontar para a transformação dos atores sociais, conceitos e princípios.

Em 1993 O MTSM passa ser denominado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, e segundo Amarante (2008) é até hoje o mais importante e abrangente ator social no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Amarante considera que o

principal objetivo da reforma psiquiátrica é a possibilidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. (2008:758)

Em 2001 A III Conferência Nacional de Saúde Mental consolidou a reforma psiquiátrica como política de estado no mesmo ano em que a Lei Federal 10.216 de 6 de abril foi sancionada. A Reforma Psiquiátrica modificou a perspectiva no tratamento da pessoa em sofrimento mental e passou a incluir não apenas os fatores biológicos, mas também a subjetividade da pessoa, sua história de vida, seu contexto econômico, social e cultural.

O acolhimento do sujeito em sofrimento mental, neste sentido, extrapola os serviços de saúde mental, para incluir instituições de outros setores, associações, cooperativas, espaços organizados pela comunidade, enfim, incluir as potencialidades de recursos que a comunidade possui. O cuidado em saúde mental organizado em rede de base comunitária prevê, portanto, vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico funcionando articulados, cabendo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a organização desta rede. Além dos CAPS, a rede de atenção à saúde mental inclui os Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais gerais.

O CAPS foi pensado como um dispositivo de cuidado intensivo, destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros severos e persistentes. Foi criado para ser substitutivo ao hospital psiquiátrico, oferecendo atendimento a pessoas de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e reinserção social, através de ações voltadas ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Ao longo do seu desenvolvimento, que segue um curso particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária, esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência ao portador de transtorno mental.

A despeito da Política de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, estimular práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas

diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta. Além disso, as concepções e práticas em saúde mental por ventura existentes no nível básico de atenção à saúde nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social dos sujeitos com transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas.

Existem várias definições para saúde e doença mental, dentre elas podemos citar que de acordo com Stefanelli (2008):

“[...] a saúde mental é o estado de funcionamento harmônico que as pessoas desenvolvem e mantêm, para viver em sociedade, em constante interação com seus semelhantes e meio ambiente, valendo-se de sua capacidade para descobrir e potencializar suas aspirações [...] inclusive de provocar mudanças, quando estas são necessárias”. (pág.46)

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2005), um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica é que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes, o que exige uma rede de assistência densa, diversificada e efetiva. Somado a isso, aproximadamente de 10% a 12% da população não sofre transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem. Isso, conseqüentemente demanda uma rede assistencial ampla e integrada. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem registrando uma preocupação gradativa nos últimos anos com as chamadas doenças crônicas no mundo inteiro, dentre as quais estão os transtornos mentais: Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no *ranking* das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Segundo a OMS atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (OMS, 2003, p. 19).

Aliado a isto, há evidências da alta prevalência de demanda em saúde mental na Atenção Primária no Brasil dentre a população atendida, caracterizada em grande parte por casos de quadros depressivos e ansioso-levemente, TMC – transtorno mental comum, assim como preocupações, irritabilidade e múltiplos sintomas psicossomáticos.

Segundo dados do relatório da (OMS apud SMS São Paulo) a depressão está para se tornar a segunda principal causa de incapacidade em todo o mundo, pois afeta de 5% a 10% da população, e é a terceira razão mais comum para consulta na Atenção Primária à Saúde.

Esses dados suportam os achados em estudos de Medicina de Família e Comunidade, em que depressão está no ranking das doenças mais prevalentes. A prevalência em homens é estimada em 7% a 12% e, em mulheres, 20% a 25%. Em ambulatórios de Atenção Primária, sua prevalência é estimada em 5% a 10% de todos os pacientes. Um recente estudo canadense evidenciou que os maiores índices de incidência do transtorno depressivo (1,4% a 9,1% da população) ocorrem entre adultos jovens (idade entre 12 e 24 anos), e os mais baixos índices (1,3% a 1,8%) ocorrem entre pessoas acima de 65 anos. Os índices são significativamente mais altos em pessoas que apresentam determinadas condições médicas como obesidade, diabetes mellitus, câncer e história de infarto do miocárdio. Sabe-se que muitas pessoas que preenchem os critérios diagnósticos para depressão não seguem tratamento, o que acarreta graves consequências pessoais, sociais e econômicas.

O transtorno depressivo é responsável por riscos significativos de morte e incapacidade. Cerca de 15% dos pacientes com transtornos do humor morrem por suas próprias mãos e pelo menos 66% de todos os suicídios são precedidos por depressão. A depressão está associada à pobre produtividade no trabalho e afeta membros da família e cuidadores e, além disso, há crescente evidência de que crianças de mulheres deprimidas apresentam maiores índices de problemas comportamentais na escola e pior competência social. Ela é ainda causa líder de incapacidade e morte prematura de jovens entre 18 e 44 anos e estima-se que será a segunda causa de incapacidade entre todas as idades até 2020.

A maioria dos pacientes deprimidos (60%) recebe tratamento na Atenção Primária. Ainda segundo este relatório estima-se que 50% das prescrições de antidepressivos sejam de clínicos, 30% de psiquiatras e 20% de outras especialidades. Apesar da alta prevalência, há uma grande deficiência no diagnóstico e tratamento na prática geral. Há recomendação formal para pesquisa sistemática de depressão na

Atenção Primária, bem como tratamento e seguimento. Muitos instrumentos podem ser facilmente utilizados em ambulatórios gerais, tanto para screening quanto diagnóstico e tratamento. Uma das escalas mais utilizadas para screening na Atenção Primária é o Beck Depression Inventory Scales.

Esta escala necessita de cerca de dez minutos para ser completada pelos pacientes e já foi validada para o Brasil. Escore acima do ponto de corte indica necessidade de avaliação diagnóstica criteriosa quanto à depressão.

Segundo Santos (2002, p.93), transtorno mental comum (TMC) se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) e CID-10 (*Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão*), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. Ainda, segundo o autor, esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. No campo da Atenção Primária, ou da prática médica não-psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos.

Cumpramos registrar que estes dados supracitados fornecidos como um monitoramento epidemiológico do quadro da saúde mental na atenção primária é passível de severas críticas quanto a sua fidedignidade e também quanto à ideologia que os conservam. Traçarei nas linhas que se seguem novas reflexões sobre este mercado imperativo que se perpetua nos dias atuais elegendo patologias, classificações médicas e escalas a serviço de uns com intenções ambiciosas de promover ondas de consumismo em busca de um bem estar imperativo. Mas sobre isto falaremos daqui a pouco.

Segundo Amarante (2003) a configuração das práticas em saúde mental da Reforma Psiquiátrica orienta-se com base em fundamentos epistemológicos que se situam em ruptura ao paradigma médico-naturalista clássico, atribuindo um novo lugar social para a doença mental e, para isso, instaurando um Modelo Psicossocial de Cuidado. Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se

restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. Segundo (DELGADO, 1987 pág.32) a questão crucial da desinstitucionalização é uma “progressiva ‘devolução à comunidade’ da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos”.

Para (BIRMAN, 1992 pág.87) trata-se de buscar “outro lugar social para a loucura na nossa cultura”. Assim, a indagação sobre outro lugar para a loucura põe em debate outro pólo da questão: a cidadania do doente mental.

A reforma psiquiátrica no Brasil vem configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade. Tratada equivocadamente somente como uma desospitalização, sem as condições necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, reflete-se às vezes de forma negativa sobre a família, pois é nesta, em sua instância mais primitiva, que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado à doença mental.

É valioso lembrar que o que se acredita da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do paciente para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do mesmo, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Carvalho (1989, p. 242), refere-se à família para aludir ao fato da crescente intolerância para com o esquizofrênico por exemplo. Essa intolerância é consequência de uma mudança de atitude das pessoas, própria das sociedades capitalistas avançadas e em áreas mais industrializadas de países como o Brasil. Estas mudanças refletem em nível, individual, familiar e institucional, o fato de essas sociedades serem cada vez mais incapazes de acomodar o “desviante”, o “diferente”.

Na literatura brasileira sobre saúde mental, os autores frequentemente se referem à necessidade de assistência à família do paciente com sofrimento mental como parte ou estratégia do tratamento. Entretanto são raras as discussões e trabalhos que

demonstrem um conhecimento contextualizado de como e por quem estes sujeitos são cuidados fora dos espaços institucionais da psiquiatria, ou seja, na família.

Sgambati (1989, p.98) chama a atenção para a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental, desencadeando atitudes de incompreensão e até de rejeição, motivadoras de reinternações sucessivas ou de internações permanentes. O autor defende, dentre outras coisas, que a família necessita de ajuda de profissionais da saúde mental.

Segundo Koga (1997) é comum profissionais da saúde exigirem que a família aceite a doença mental sem oferecer-lhe suporte e orientações.

Abre-se aqui um importante espaço de reflexão para pensarmos a potencialidade do papel que pode ser desempenhado pelas Estratégias de Saúde da Família através de suas capilaridades nos territórios por ela assistidos.

Alguns documentos do Ministério da Saúde, como o Relatório de Oficinas de Saúde Mental (2002), discutem a integração da saúde mental na rede básica, enfatizando seus pontos de apoio. Esse relatório identifica a ESF como estratégia estruturante da Atenção Primária, por ter capacidade de organização de serviços de forma hierarquizada e regionalizada. Além disso, constitui-se como o serviço de maior resolubilidade da Atenção Primária e por já lidar com ações de saúde mental, no momento que atende o sofrimento psíquico de pessoas e famílias no contexto da comunidade (SUS/CNS 2002; BRASIL, 2006).

O relatório também enfatiza que, para haver uma incorporação, de maneira sustentável e organizada, das ações de saúde mental na rede básica é necessário: coerência com os princípios e as diretrizes da ESF; adequada incorporação tecnológica, no âmbito da infraestrutura, dos recursos humanos e no campo do conhecimento; monitoramento e avaliação através de metas das ações de saúde mental e presença de serviços substitutivos com a adequada integração com a ESF. No entanto, para alcançar esses objetivos, o surgimento, o funcionamento e a integração dos serviços de saúde não são suficientes. São necessárias as políticas públicas intersetoriais e integradas, comprometidas com as necessidades das pessoas, com ampliação de oportunidades, construção de direitos e desenvolvimento local.

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002) cita que os princípios que unem a Reforma Psiquiátrica e a ESF são: os princípios do SUS; a compreensão de território, incluindo recursos, valores, cultura e relação entre as pessoas; intersetorialidade; atenção integral contínua e de qualidade; existência de

equipe multiprofissional, executando ações planejadas. Também relata que os profissionais que compõem as equipes de ESF e saúde mental precisam de “sensibilização” para executar um trabalho de qualidade. Nesse relatório, entende-se sensibilização como capacidade de: escuta e compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; identificação de pontos de vulnerabilidade no indivíduo, na família e na comunidade; incorporação da saúde mental nos grupos de atendimento, como de crianças, idosos, gestantes; acompanhamento e acolhimento de egressos de internações psiquiátricas e de outros serviços especializados; mobilização de recursos comunitários; promoção de palestras, debates sobre saúde mental e cuidado da família para que ela possa cuidar do outro (SUS/CNS, 2002). Dessa maneira torna-se pertinente entender que dada à complexidade no território são importantíssimas às capacitações e cursos de educação continuada em saúde mental e também nas outras áreas do conhecimento que deverão ser ministrados às equipes de saúde da família.

Quanto aos treinamentos das equipes de saúde da família em assuntos de saúde mental, Sampaio e Barroso (2002) alertam que esses momentos não podem ser resumidos em elaboração de procedimentos simplificados de psiquiatria. A interdisciplinaridade deve promover construção recíproca de teorias, práticas e éticas, mediante um eixo epistemológico comum. No entanto, essa ação precisa de uma base política disposta a inverter paradigmas quanto à assistência em saúde mental, estando o gestor sensível para mudanças, aberto a coletividade, planejando, elaborando e cumprindo pactos de governabilidade.

Vista com bons olhos a ESF é uma proposta substitutiva, com aspectos técnicos, políticos e administrativos inovadores, caracterizando-se como uma estratégia que possibilita o enfrentamento e resolução dos problemas identificados em um território definido. Nesse modelo de atenção, a participação popular é evidenciada nas ações da ESF e da atenção psicossocial, sendo os usuários atores do seu processo de cuidado. A atenção à saúde mental é, nesse sentido, a medida de integralidade e de diferenciação do cuidado ofertado pela ESF em relação aos demais modelos de assistência à saúde (LANCETTI, 2006).

E o matriciamento é uma das ferramentas que devem orientar esse processo, estabelecendo o elo entre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e as Unidades Básicas de Saúde – UBS.

Sendo uma ferramenta potente na humanização das práticas em saúde. Nesse tipo de atenção, o tratamento aos portadores de transtorno mental organiza-se em rede.

Com a mudança no modelo hospitalocêntrico, tem-se a criação e implantação de novos equipamentos, como os já citados, CAPS e as Residências Terapêuticas; que se pautam em um cuidado integral, em um modelo de atenção ampliado. Havendo, ainda (nesse modelo de atenção em rede), a internação psiquiátrica em hospitais gerais e a inclusão da saúde mental no nível primário de atenção. Objetiva-se, com isso, a superação das tradicionais formas de tratamento psiquiátrico restritas aos serviços especializados fechados (manicômios). Além disso, essas mudanças na atenção em Saúde Mental aludem em superação do aparato científico, jurídico e assistencial da medicina psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

Além dessa clientela, cabe à unidade de ESF promover ações em prol da promoção da saúde mental e do reconhecimento de situações de risco para o adoecimento mental, atuando em todos os níveis de atenção, desde a promoção até a assistência aos casos identificados. Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de saúde da família se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a estratégia de saúde da família.

Assim sendo, a equipe multidisciplinar da ESF intencionar-se-ia a inserir-se no território de abrangência para possibilitar com sensibilidade a integração de conhecimentos de maneira a auxiliar o portador de transtornos mentais, a família e a comunidade a enfrentar seus problemas e superar as dificuldades, favorecendo a qualidade de vida. Dessa forma seriam abertos espaços de inclusão aos indivíduos em sofrimento mental, valorizando potencialidades e resgatando o poder de contratualidade perdido durante as práticas centradas no manicômio ou na exclusão.

Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), afirmam em relação à Atenção Primária, que “muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial” (p. 35). O agente comunitário de

saúde pode tornar-se um catalisador de recursos “escondidos” na comunidade para ampliar o apoio social, estimulando a escuta (sofrimentos, carências, desejos, possibilidades e saberes), com um papel importante na constituição de uma rede de cuidados no território, aumentando possibilidades de troca de afetos e recursos na comunidade (LANCETTI, 2000).

Essa sensibilidade se torna bastante desafiadora quando o enfoque do cuidado se mira para as complexas e subjetivas que a contemporaneidade e suas relações de consumo têm suscitado nos sujeitos.

A importância desse tema fica também ressaltada ao se levar em conta o momento atual do SUS, que investe na ampliação e reorientação da rede básica por meio da Estratégia de Saúde da Família. Entrando facilmente nos domicílios brasileiros, a ESF e suas práticas podem se transformarem em uma “faca de dois gumes”: uma chance para a reconstrução da autonomia - libertação e/ou, simultaneamente, uma poderosa e expansiva força de alienação e conformismo.

Pelo presente que temos visto até aqui sobre as possíveis e complexas abordagens que podem ser realizadas por esta estratégia de saúde é genuíno admitir que todo esse processo até atingir seu nível maior de complexidade possa apresentar em seu “modus operandi” alguns entraves.

A comunicação, o acolhimento, a escuta e a compreensão de diferentes valores e culturas tem se mostrando fragilizadas ao longo dos anos, dadas as exigências impostas pelas relações no território.

A vivência dessa racionalidade pensada e proposta para a Atenção Primária apresentou e ainda nos dias atuais apresenta fragilidades em sua intenção holística e mais primeva, a promoção da saúde nas comunidades assistidas. Mas afinal de contas seria possível acreditar que esse projeto com intenções tão audaciosas não apresentaria fricções em seu fazer prático?

Dessa maneira as necessidades e os fluxos reais das pessoas no sistema começaram apresentar fragilidades e novas orientações e estratégias de ação tem sido pensadas no afã de minimizar o hiato criados pela prática das equipes de saúde no território.

O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. Sendo assim há cerca de alguns anos fomentaram-se estudos e novas abordagens para o resgate de propostas mais

efetivas para uma AP que privilegiasse o coletivo e os aspectos mais básicos da atenção em saúde na esfera territorial.

Diante de alguns debates e estudos sobre este tema admitiu-se a necessidade de novos profissionais nas equipes, além daqueles já pertencentes ao PSF, pois a complexidade da abordagem exigia e ainda hoje exige novos saberes, olhares e práticas.

Sendo assim estes estudos inspiraram a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e uma nova lógica de cuidado nascia; o matriciamento.

1.3 A implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família); o matriciamento e suas reverberações na prática do cuidado em rede.

Existe forte evidência de que uma rede social [...] protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura, e aumenta a sobrevivência, ou seja, é geradora de saúde. (SLUZKI 1997: 67)

O NASF surge em 2008 tendo como proposta contribuir com as equipes de Estratégia de Saúde da Família admitindo como preceito básico trabalho interdisciplinar e matriciamento, para propiciar o respeito às peculiaridades regionais e a atuação mais adequada a cada caso, com profissões e áreas até então não contempladas no âmbito das ESF (BRASIL, 2009a). A proposta dos NASF mantém até os dias atuais grande coerência técnica, mas é relativamente nova em sua prática e assim sendo, suscita algumas indagações.

A proposta de apoio matricial, em âmbito federal, surge dentro da política de Saúde Mental para a atenção básica. Em 2003, o Ministério da Saúde lança a proposta de apoio técnico à equipe de Saúde da Família através do Apoio Matricial, em documento que dispõe sobre as diretrizes para a organização das ações de saúde mental na atenção básica (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). E em 2004, o apoio matricial é tomado como uma das atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) junto às equipes de Saúde da Família.

Florindo (2009) é de opinião que o grande problema a ser vencido é a quebra do paradigma do atendimento individual para propostas de ações coletivas no território.

A Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008 que criou o NASF estabelece que as ações a serem desenvolvidas possibilitem a melhoria da qualidade de vida da população, redução dos agravos e danos ocasionados pelas doenças não transmissíveis, propicie a redução no consumo de medicamentos, estimulem a criação de redes de suporte social e participação ativa dos usuários na elaboração de projetos terapêuticos diversos (BRASIL, 2008).

Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência são centrais para o entendimento da proposta do NASF e por consequência apontam para uma nova forma

de se fazer saúde. Esta nova forma busca romper com a fragmentação do conhecimento e o isolamento dos profissionais, enfim, romper com o paradigma biomédico hegemônico da excessiva especialização.

Trata-se da proposição de um novo arranjo organizacional que parte do pressuposto de que uma reorganização do trabalho com base nas diretrizes do vínculo terapêutico entre equipe e usuários seja capaz de gerar progressivamente um novo padrão de responsabilidade pela coprodução de saúde (CAMPOS, 1999).

A equipe de referência é composta por múltiplos profissionais responsáveis por determinado território, as ESF são um exemplo deste tipo de equipe. A principal função destes profissionais é executar o projeto terapêutico individual. Este projeto terapêutico prevê a realização de certo diagnóstico, a aproximação entre usuário, família e profissionais de referência, e exige a efetivação de “práticas individuais, de grupos ou mais coletivas”.

O apoio matricial é constituído de profissionais especializados com a incumbência de prestar apoio a um determinado número de equipes de referência. Este apoio se efetiva no oferecimento de retaguarda especializada às equipes de referência, suporte técnico-pedagógico e construção em conjunto de diretrizes clínicas e sanitárias (DOMITTI, 2007).

Em outras palavras, o Apoio Matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária. Entretanto, sabemos que as equipes de atenção básica se sentem desprotegidas, sem capacidade de enfrentar as demandas em saúde mental que chegam cotidianamente ao serviço, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos. O matriciamento visa dar suporte técnico a essas equipes, bem como estabelecer a corresponsabilização. Ao ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico, pressupõe assim uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da atenção básica, que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentem sua capacidade de resolver problemas (CAMPOS E DOMITTI, 2007).

A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial também importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF. Outro instrumento que a portaria fornece como modo de ação no território é reconhecido como PTS – Projeto Terapêutico Singular.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma poderosa ferramenta de ação, é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

Representa o PTS, portanto, um momento de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. É importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos.

O conceito de apoio matricial foi proposto por Gastão Wagner de Souza Campos, em Campinas, a partir de 2001, para denominar uma prática de trabalho que faz parte de um processo de reforma das organizações, da forma de gestão e do trabalho em saúde (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

O apoio matricial é, simultaneamente, um arranjo organizacional e uma metodologia para gestão do trabalho que pretende contribuir para a transformação do sistema tradicional ambulatorial de atenção em saúde que antes baseado num sistema burocratizado de referência e contra referência, não privilegiava o vínculo. Propõe a integração e o diálogo entre diferentes profissionais e especialidades e pretende deslocar a atuação na saúde pautada na lógica da produção de cuidados. Trata-se de uma intervenção que visa à construção de novos saberes e práticas em saúde muito mais alinhada com a clínica ampliada do que com a clínica tradicional.

Matriciar, em outras palavras, para fins deste estudo poderia ser definido como o conjunto de atividades realizadas tanto pelos profissionais que atendem diretamente os pacientes na equipe de saúde da família, equipes de apoio (NASF) e os especialistas

em geral, que traz consigo uma função de cuidado e, sobretudo sensível com a finalidade de suscitar uma linha de cuidado longitudinal e compartilhada ao usuário.

Através do suporte matricial seria possível, entre outras, romper com a lógica do encaminhamento, muitas vezes vinculada à lógica da não responsabilização. E contribuir, também, para a melhor resolutividade das situações / casos no nível local.

Segundo Braga, (2008) o matriciamento pressupõe quatro aspectos básicos. O primeiro é um trabalho em equipe e a noção de referência. O segundo é o compromisso de desmedicalizar a vida, isto é, a dor não se resolve somente com medicação, a tristeza e o cansaço não se resolvem com ansiolíticos. O terceiro é a promoção de conhecimento e o quarto é o empoderamento das pessoas, considerando os sujeitos nos seus contextos, na sua família e na sua comunidade.

O papel da equipe matriciadora passa pelo suporte técnico-pedagógico como retaguarda aos diversos serviços e profissionais da atenção básica vislumbrando potencializar a interatividade resolutiva entre estes atores da atenção básica e os dos demais serviços do município (da saúde, educativos, jurídicos, assistenciais, esportivos,...) o propósito é o de formar assim uma grande rede de serviços não burocratizada e eficaz. A esse movimento dá-se o nome Clínica Ampliada, uma clínica como prática política que não perde de vista a importância do acolhimento e do vínculo entre o profissional cuidador e o munícipe assistido (DIMENSTEIN ET AL, 2009).

O Ministério da Saúde (2008), num esforço de pensar a integração entre a saúde mental e a Atenção Primária nessa nova lógica, propõe que o matriciamento opere práticas que evitem a psiquiatralização e a medicalização da loucura, difundindo a lógica não manicomial proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira: estimulem a construção de espaços de reabilitação psicossocial na comunidade; promovam a articulação intersetorial; priorizem abordagens coletivas e que valorizem o vínculo com a família, tida como possível parceira no processo de cuidado. Esta lógica nova de operacionalização que passou a atravessar a dinâmica de trabalho das ESF a partir da criação dos Núcleos de Apoio ao Programa Saúde da Família exigiu e ainda exige constantes rearranjos nas equipes de saúde da família.

Oliveira (2011 p.46) define arranjo organizacional relacionando-o com o NASF como:

[...] arranjo organizacional ou modalidade de prática do apoio na qual um

conjunto de saberes, de práticas e/ou de competências concentrados em certos setores, grupos ou indivíduos de uma organização, considerados necessários para resolução de demandas ou problemas expressos por outras parcelas da organização, é ofertado a estas últimas por meio de processos que incorporem uma metodologia de apoio. Toma como objeto uma necessidade ou um problema vivenciado. Nesse sentido é que entendemos que o seu enfoque é mais clínico, mas sempre considerando que há dimensões de gestão em jogo. Existem várias experiências de apoio matricial em curso no SUS, desde a década de 1990. Nos últimos anos essa modalidade de apoio ganhou visibilidade a partir da instituição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, instituídos pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008, através da Portaria GM nº 154.

A portaria n. 154 que cria o NASF explicita que é responsabilidade de todos os profissionais do NASF identificar, em conjunto com a ESF e a comunidade, o público prioritário para cada uma das ações desenvolvidas; acolher os pacientes; humanizar a atenção; estimular a intersetorialidade e elaborar projetos terapêuticos individuais, através de discussões de casos, que são periódicas. Nestas discussões, busca-se a apropriação coletiva dos casos, que passam a ser, agora, de corresponsabilidade da ESF e do NASF, na lógica da interdisciplinaridade.

As ações do NASF acontecem na lógica territorial, na lógica da clínica ampliada e da integralidade de cuidados, e consistem em supervisão (por meio de reuniões de discussão de caso), atividades de capacitação, e intervenções com a família e a comunidade. Assim, o trabalho do NASF é semelhante ao do Apoio Matricial; partem da mesma lógica de inserção na Atenção Primária; compartilham os mesmos princípios e ações, e ambos possuem uma dimensão clínica de atuação. A diferença é que tem nomenclaturas distintas e o Apoio não chegou a ter uma portaria específica.

O Ministério da Saúde entende que o NASF organiza-se e desenvolve-se por meio do Apoio Matricial, da clínica ampliada, do projeto terapêutico singular e do projeto de saúde no território; define que o Apoio é uma ferramenta de trabalho do

NASF, fundamental para a prática de aprendizado coletivo no trabalho (BRASIL, 2009).

Neste documento, o Ministério define que o NASF atua nas seguintes áreas estratégicas da Atenção Primária: saúde da criança e do adolescente; saúde mental; saúde do idoso, o que implica reabilitação, quando este for o caso; alimentação; nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais e outras práticas complementares a essas todas.

Segundo o Relatório da gestão 2003/2006 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental está sendo articulada junto aos gestores, e cada vez mais os municípios têm aderido a essa proposta.

Com a institucionalização da Estratégia de Saúde da Família na maior parte do país, a Atenção Primária foi instigada a produzir invenções para desenvolver a integralidade da atenção com grupos de saúde mental egressos de longas internações psiquiátricas.

O Apoio Matricial às equipes da Atenção Primária deve partir dos CAPS, pois estes são serviços que ocupam lugar central na proposta da reforma psiquiátrica, sendo seus dispositivos por excelência. São considerados ordenadores da rede de saúde mental, direcionando o fluxo e servindo de retaguarda para as residências terapêuticas, bem como para a atenção básica. Para isso, mecanismos de indução financeira pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento da política de saúde mental na Atenção Primária são fundamentais. É necessário melhorar a articulação desses serviços com Atenção Primária para que as equipes dos CAPS se desloquem de espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho em conjunto com as equipes da Atenção Primária, que pela proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, outras drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

As experiências das equipes matriciais de saúde mental e os processos de formação estão ainda em construção. Não há dúvida de que a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial são grandes desafios para a gestão da Política de Saúde Mental do país nos próximos anos e a garantia de acessibilidade à atenção, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada que envolva tanto as equipes de saúde

mental quanto as da Atenção Primária deverá ser uma das principais prioridades, objetivando, com isso, minimizar a fragmentação da assistência em saúde tradicional.

Uma questão que se faz pertinente na contemporaneidade e que deveria ser tratada com muita seriedade pelo Ministério da Saúde e até mesmo pelos municípios em seus cursos de formação continuada deveria mirar seus esforços estabelecendo entre os profissionais e até mesmo na comunidade ampliada de pares, reflexões sobre algumas lógicas contemporâneas que operam um reducionismo do sofrimento mental apenas á um modelo banalizadamente medicamentoso.

O medicamento é visto como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, sendo muitas vezes considerado o único recurso disponível para aqueles que necessitam desse tipo de cuidado, tornando os usuários dependentes. Esse fenômeno, de acordo com Carvalho e Dimenstein (2009), está relacionado ao papel privilegiado da indústria farmacêutica na atenção à saúde e à força do modelo biomédico, ainda hegemônico nas práticas de saúde. De acordo com esses autores: O fenômeno da *medicalização*, apesar de não ser um problema atual [...] está muito presente nos dias de hoje e ocupa um lugar importante no jogo de interesses do poder econômico. O consumo de medicamentos tem um significativo impacto na sociedade, haja vista constituir o principal meio de combate à doença na prática terapêutica atual e também por ter relevante significância em termos econômicos. Aliado a isso, existe o fato de as consultas médicas resultarem quase sempre numa prescrição, decorrente de uma visão limitada da saúde, para a qual o medicamento tornou-se a principal ferramenta (p. 122). Por conseguinte, deixa-se de ter uma visão ampla dos problemas e de seus determinantes, resultando numa crença generalizada de que não parece ser possível enfrentar os problemas de saúde sem a presença do arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico-industrial.

Vale destacar aqui o pensamento estabelecido por Tesser (2009) que suscita:

“o fim de uma consulta pode não ser apenas uma receita, um pedido de exame ou um encaminhamento, mas o início de um diálogo, centrado na situação do doente e de seu sofrimento, suas condições psicossocioexistenciais e, principalmente, seus desafios terapêuticos e possibilidades outras de interpretação”. (p.125).

Com isso, o medicamento passa a estar vinculado ao bem-estar ou mesmo à felicidade. Sendo assim vale a pena problematizarmos no capítulo seguinte algumas reflexões que nos sedimentem conceitos sobre esta lógica de cuidado, que em muitas situações na atualidade tem sido usada como a única intervenção de cuidado.

1.4 Medicalização da vida... Mais uma prática bem intencionada nesta rede de cuidado.

A medicalização é uma nova forma de controle social. Passamos das instituições fechadas para o controle a céu aberto (sociedade disciplinar para sociedade de controle) onde a pessoa é institucionalizada e tornada refém de um fracasso e de uma doença, ela fica institucionalizada nela mesma [...] Medicalizar é um novo modo do poder de vigiar e punir (MOYSÉS, 2010).

Temos observado de forma cada vez mais frequente, principalmente a partir da década de 80, uma impregnação do discurso do sofrimento psíquico na vida cotidiana de maneira até então inédita. Isso pode ser verificado, dentre outros fatores, pelo aumento exagerado do consumo e prescrição de psicotrópicos na atualidade.

A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, dispensáveis e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença.

Faz-se necessário deixar claro aqui logo de tacada que é necessário reconhecer o fabuloso avanço que algumas drogas psicoativas trouxeram para humanidade nos últimos anos, principalmente no tratamento de algumas psicoses. A intenção desta reflexão que se segue é nos instrumentalizar para uma reflexão mais crítica para o uso que temos feito desta tecnologia medicamentosa e os aspectos de banalização que algumas drogas psicoativas têm assumido na sociedade.

Há alguns anos, Ivan Illich (1975) lançou a crítica mais contundente até então empreendida contra a medicina moderna, envolvendo seus aspectos culturais, econômicos, sociais e políticos. Mais do que uma crítica à medicina, pelo que ficou conhecido, o autor descreveu um movimento cultural cujas dimensões são, hoje, globais. Sua principal obra, “A expropriação da saúde: nêmesis da medicina”, dizia que

a medicina institucionalizada transformou-se numa ameaça à saúde. Afirmava que esta ameaça se dá pela difusão de três tipos de iatrogênese: primeiro a iatrogênese clínica, que se constitui nos danos ao indivíduo ocasionados pelo uso da tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica. A segunda seria a iatrogênese social, referente ao efeito social danoso do impacto da medicina, que gera uma desarmonia entre o indivíduo e o seu grupo social, resultando em perda de autonomia na ação e no controle do meio, expropriação da saúde enquanto responsabilidade das pessoas e disseminação do papel de doente como comportamento apassivado e dependente da autoridade médica (NOGUEIRA, 2003). E, por fim, a iatrogênese cultural: a destruição do potencial cultural para lidar autonomamente com boa parte das situações de enfermidade, dor e morte.

Segundo Nogueira (2003 pág. 79), esta foi a grande novidade introduzida por Illich: a ampliação do conceito de iatrogênese para abarcar processos difusos e sub-reptícios de medicalização da sociedade. Illich, mergulhado no contexto contra cultural da época, foi relativamente pouco considerado pela academia e pela saúde pública, seja pelo radicalismo de sua crítica, afrontoso à subjetividade médica presente nos sanitaristas, seja pela influência marxista na área na sua época. Como se pode entender a medicalização? Em que ela consiste? Uma breve discussão sobre a dor e o adoecimento ilustra o problema. Para a biomedicina, a dor “é um dos sintomas mais comuns, denunciando lesões orgânicas que determinam o fenômeno reflexo, e, em menor frequência, exprimindo a origem psicógena. É uma sensação desagradável (...), um fenômeno neurológico reflexo” (RAMOS JR, 1973, pág.16).

Michel Foucault (1979, p.106), por sua vez, apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina. Refere-se ao processo de medicalização social ao argumentar que, ao contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e de esforços e expansão das relações de mercado – não se tornou individual, mas sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade. Primeiramente, o investimento era feito sobre o indivíduo por intermédio da ação sobre o biológico e, posteriormente, controlavam-se as consciências e ideologias.

Analogamente, as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; elas se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas do âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. (CAMARGO JR, 1993, P.13)

Mas para quem a sofre, a dor é bem mais do que isto, assim como as enfermidades são muito mais do que os critérios e saberes médicos. Elas podem ter várias facetas, simultaneamente diferentes, intensas e verdadeiras: um valor intrínseco negativo, fato que designa a experiência da abolição da integridade do indivíduo consigo mesmo e/ou com seu meio. Assim, a dor ganha caráter trágico, portando certezas excepcionais. De valor incomunicável, e igualmente incontestável, é também inacessível ao termo que a designa clinicamente, não podendo, portanto, ser enquadrada em categoria alguma. Diferentemente de outros males, não admite distinção entre causa nociva e experiência penosa, ficando o indivíduo na solidão de sua experiência pessoal e única (ILLICH, 1975).

Illich usa o termo “iatrogenêse” com sentido derivado do uso comum do termo médico “iatrogenia”: produção de efeitos deletérios sobre a saúde devidos à ação médica.

Paradoxalmente, apesar da incomunicabilidade da dor, a certeza de sua existência (possível) no outro é uma verdade de tipo igualmente excepcional. A percepção da dor no outro denota uma verdade também inquestionável: a certeza de que o outro é capaz desta experiência. Isso acompanha a certeza de que ele é humano (ILLICH, 1975). Assim, a dor pode ser chance de envolvimento mais íntimo do doente consigo mesmo, seu meio, sua vida. Tal envolvimento pode ser – e amiúde é – terapêutico; dele pode a pessoa sair mais forte, mais autônoma, mais responsável por si mesma e perante a vida e o sofrimento dos outros. Mas para uma melhor compreensão do problema da dor e do adoecimento, é necessário incluir nessa discussão o contexto sociocultural em que ela ocorre.

Conforme Pelegrini (2003), o discurso atual valoriza o estar sempre bem, de bom humor, pois o contrário pode configurar uma ameaça à inserção social e produtiva do indivíduo.

Cordeiro (1985, p.34) explica que quando alguém se encontra doente, “impossibilitado de cumprir com os papéis sociais que lhe correspondem, torna-se uma ameaça às necessidades e ao funcionamento do sistema social.” Conforme esse autor, na

atualidade, “a doença afigura-se como um desvio social. E o doente, momentaneamente excetuado da sociedade dos saudáveis, se submete a qualquer tipo de estratégia para a superação desse desvio e retorno a vida cotidiana dos normais”. Esse sujeito irá buscar soluções para seus problemas na exterioridade de um saber especializado, e poderá encontrar num profissional de saúde, o alívio para seu sofrimento.

Entretanto, o saber médico se materializa em práticas discursivas específicas e define o que é normal, o que é próprio, o que é tratamento e pode até obscurecer os determinantes que podem estar produzindo o problema do paciente. Na realidade, o saber médico exerce sobre a população um controle social que, como explicita Cordeiro (1985), imobiliza as pessoas, e atinge “todas as dimensões da vida do indivíduo, ao legitimar e institucionalizar o papel do doente.” Esse gerenciamento político da vida humana é comentado por França (1994, p. 50):

[...] Nesse fato político de gerenciar a vida humana, a medicina adquire um papel normativo e pedagógico que autoriza a uma ação permanente no corpo social [...].

O processo de medicalização é hoje um dos principais pontos de análise na política da saúde pública no Brasil e no mundo, que vem caracterizando uma mudança de paradigma na política de saúde mental. Mesmo com os avanços da saúde pública, representados pela descentralização da assistência, pela instituição da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo desenvolvimento de instrumentos de gestão com participação comunitária, dentre outros, o Brasil ainda permanece com um modelo de saúde médico-centrado, sendo a medicalização uma de suas consequências.

Distribuir conselhos, reger relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade são táticas da racionalidade médica para assegurar a inserção de ambos a uma série de modelos específicos de seu campo de ação. Nessa configuração, qualquer sinal de sofrimento psíquico pode estar suscetível a ser transformado em objeto das práticas médicas constituídas de rotulações diagnósticas, de terapêuticas medicamentosas, de práticas de tutela e internações psiquiátricas. Nesse processo de transformar qualquer mal-estar psíquico em doença pode-se perceber uma tendência geral da medicina em tornar médico aquilo que é da ordem do social. Dessa maneira, o conceito de doença mental pode ser pensado como uma construção do saber médico psiquiátrico que criou uma ampla produção discursiva que veio a constituir a psicopatologia moderna.

Ivan Illich (1975) descreve a produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política, voltando seus estudos especialmente para a sociedade, em um enfoque que se poderia chamar de macrosociológico. O autor demonstra ser um crítico radical da sociedade industrial e concentra sua crítica nas tecnologias médicas ao afirmar a ameaça à saúde provocada pela medicina moderna. Uma das principais preocupações do autor é em relação à perda da autonomia das pessoas que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua saúde. É por meio da forma pela qual a versão médica impregna a sociedade que se opera o controle social pela normalização médica. O discurso médico se impõe de tal modo à percepção individual e coletiva que camufla, dificultando outras interpretações a partir de saberes não médicos, ou mesmo a própria percepção individual.

Illich (1975, p.59) compreende que, para obterem uma verdadeira satisfação, as pessoas devem superar a necessidade da intervenção profissional para os cuidados em saúde e agir contra o consumo intensivo da medicina moderna.

Camargo Jr. ressalta este processo que se concretiza no início do século XIX:

Desde o surgimento da racionalidade científica moderna, no início do século XIX, com o advento da anatomia patológica, vem-se consolidando o projeto de se situar o saber e a prática médica no interior do paradigma das ciências naturais. Com isso, a medicina faz sua opção pela naturalização de seu objeto – a complexidade e a singularidade do sofrimento humano – através do processo de objetivação, ou seja, o de fazer surgir a objetividade da doença, com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades. (1998, p. 7).

Estaríamos diante de uma prática que se serve do avanço das tecnologias em saúde, porém que raramente se submete à política ou aos objetivos da saúde, em muitas situações distorcidas, cronificando e embotando a subjetividade humana?

Segundo Aguiar (2004), essa tendência é favorecida pelas dificuldades de se conseguir fazer um bom diagnóstico de um transtorno mental. Não há marcadores biológicos precisos e quantificáveis para facilitar esses diagnósticos tais como ocorrem nos diagnósticos de doenças que estão fora do campo “*psi*”.

Conforme nos ensina Foucault (1979, p.65), a medicalização é uma apropriação, por parte da medicina, de tudo aquilo que é da ordem do social, econômico ou político. É o processo pelo qual esses fenômenos passam a ser descritos em linguagem médica e encarados como quadros patológicos, tornando-se, assim, passíveis de abordagens a serem feitas pela área de saúde.

Sendo assim o saber médico se materializa em práticas discursivas específicas e define o que é normal, o que é próprio, o que é tratamento e pode até obscurecer os determinantes que podem estar produzindo o problema do paciente. Na realidade, o saber médico exerce sobre a população um controle social que, como explicita Cordeiro (1985), imobiliza as pessoas, e atinge *“todas as dimensões da vida do indivíduo, ao legitimar e institucionalizar o papel do doente.”*

Esse gerenciamento político da vida humana é comentado por França (1994, p. 50):

Nesse fato político de gerenciar a vida humana, a medicina adquire um papel normativo e pedagógico que autoriza a uma ação permanente no corpo social. Distribuir conselhos, reger relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade são táticas da racionalidade médica para assegurar a inserção de ambos a uma série de modelos específicos de seu campo de ação.

Como aponta Lipovetsky (2004), a hipermodernidade constitui uma época marcada por características como a da cultura do excesso, da urgência, do hiperconsumo e da fluidez. Assim, diferentemente da geração moderna, onde havia certo enfrentamento existencial dos problemas que apareciam, a geração contemporânea vê suas angústias como grandes ameaças que precisam ser eliminadas da forma mais urgente possível.

Estariamos á produzir, portanto, uma tentativa de alienação do sofrimento do sujeito da geração atual?

Sobre esse processo de medicalização, Hora (2006), a partir dos estudos e concepções de Madel Luz (2004), elaborou um verbete para o glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil” (HISTEDBR), onde medicalização é apresentada como:

(...) o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social.

Historicamente percebemos o avanço da medicalização na saúde mental, a partir de 1974, quando a OMS passou a considerar a saúde mental com os mesmos parâmetros da saúde orgânica, acompanhado da grande repercussão do DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), difundido naquela década. Esse avanço também se deu, quando em 2004, a OMS apresentou a proposta de se regulamentarem as diversas psicoterapias, baseadas nos mesmos critérios objetivos que regulamentam a clínica médica (CALAZANS e LUSTOZA, 2008 e GUARIDO, 2007).

Dessa maneira torna-se razoável acreditar que o império lucrativo que o sofrimento psíquico inspira se encaixa perfeitamente no sentido de urgência que os tempos hipermodernos nos suscitam.

Diante de tal contexto, fica clara a existência de um mercado contemporâneo do sofrimento psíquico, sustentado pela tendência em se diminuir a fronteira entre o normal e patológico.

Sobre as práticas farmacológicas e o caráter preventivista que assume a medicina na contemporaneidade, Yasui (2006) comenta:

(...) a medicina é o discurso que instrumentaliza e legitima uma intervenção política, uma prática disciplinadora, mediadora da sutil violência repressiva que caracteriza as sociedades contemporâneas. Após a Segunda Guerra Mundial, a psiquiatria vai deixar as grandes anomalias e voltar-se para a “saúde mental”, para a prevenção dos desvios. Não se trata mais de corrigir, mas de educar para produzir um

indivíduo saudável e de prever a doença, antecipando-se onde houver comportamentos de risco, desviantes de norma. (YASUI, 2006, p.80)

A prescrição de medicamentos, esse procedimento exclusivo da medicina, constituiu-se num avalizador importante desse papel de gerenciamento humano exercido pela medicina porque, muitas vezes, se não na grande maioria dos casos, prescrever medicamentos aparenta ser a única alternativa científica de tratamento. O uso da medicação se insere no campo da relação médico/paciente, em que são estabelecidos lugares sociais, nos quais o médico é aquele que sabe e o doente aquele que espera, pacientemente, a cura. Neste sistema vertical e hierárquico implicado no ato da prescrição e da receita médica, o medicamento irá atuar na confirmação dessa relação de dependência do paciente para com o médico.

Para Luzio (2003), a maciça propaganda acaba por incutir na maioria das pessoas a ideia de que medicar é sinônimo de tratar, e, portanto, o bom médico é aquele que medica. Com os medicamentos psicofármacos, essa relação não será diferente. O sujeito apresenta sua dificuldade ou queixa ao especialista, que a associa a uma listagem sindrômica vinculada a uma rotulação diagnóstica, cujos componentes serão tratados com medicamentos. Mas há autores, no entanto, que consideram essa conduta como o próprio abandono da clínica:

“Fundar uma prática de diagnóstico com base no consenso estatístico de termos relativos a transtornos – que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos- é abandonar a clínica feita de sinais e sintomas que se liguem a uma estrutura clínica, ou seja, a estrutura do próprio sujeito”. (QUINET, 2001, p. 75)

Vale ressaltar que as reflexões surgidas neste percurso não se intencionam em fomentar culpados e muito menos mostrar-se como verdade absoluta. Se há um desejo na proposição de todas essas reflexões é que elas nos sirvam de fundamentação para repensarmos a prática que temos vivenciado em nossos dias atuais. Prescrito por um profissional ou até mesmo sendo administrado por conta própria será que o medicamento não está assumindo na contemporaneidade uma característica de produto a ser consumido, assim como tantos outros objetos nesta engrenagem capitalista. Sendo

assim a fim de nos fundamentarmos um pouco mais sobre as diversas nuances que entrelaçam a realidade dos psicofármacos.

1.5 A utilização de psicofármacos.

No mínimo, precisamos parar de pensar que as drogas psicoativas são o melhor e, muitas vezes, o único tratamento para as doenças mentais. Outras intervenções tem se mostrado tão eficazes quanto os medicamentos para a depressão, e seus efeitos são mais duradouros. Mas, infelizmente não existe indústria que promova estas alternativas. Mais pesquisas são necessárias para estudar alternativas às drogas psicoativas.

(MARCIA ANGELL, 2007 pág. 86)

Na contemporaneidade qualquer sinal de sofrimento psíquico pode ser rotulado como uma patologia cujo tratamento será em primeira mão a administração de psicofármacos. Com o advento dos modernos psicofármacos e com a ênfase preventiva que assumiu o atendimento psiquiátrico após a II Guerra Mundial, algumas práticas médicas se ampliaram e este saber deixou de ser exclusivamente voltado para o tratamento da loucura e passou a dedicar-se a cuidar, dentre outras coisas, o mal-estar cotidiano e o sofrimento mental. Essa tendência tem-se ampliado de tal modo que é possível perceber em alguns casos de maneira deturpada, a ocorrência de uma generalizada “medicalização do social”.

Números publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que mais de 50% de todos os medicamentos não são corretamente prescritos, dispensados e vendidos, e mais de 50% dos pacientes tomam de forma incorreta. Essa situação é ainda pior nos países em desenvolvimento: menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no setor particular são tratados de acordo com as diretrizes clínicas estabelecidas.

A medicina atualmente, mediada pelo discurso da neurociência e da psicofarmacologia, define novas rotulações diagnósticas e novas formas de tratamento do sofrimento psíquico, cunhando termos e definições terapêuticas que se tornaram parte da linguagem cotidiana. A ciência médica criou uma concepção de que a única explicação válida para qualquer tipo de desconforto psíquico seria a descrição fisicalista, em que a vida psíquica do homem seria reduzida a sua estrutura biológica. Associada a essa ideia, há uma psiquiatrização da vida social, que transforma todo o mal-estar psíquico em doença, fato correlato a uma grande valorização da concepção

biológica do sofrimento psíquico, fundamentado na neurologia e na genética, fatores que incentivam o tratamento baseado essencialmente em recursos químicos. Nessa configuração, Bogochvol (2001) comenta que há uma “marcante biologização” da vida humana:

A euforia associada às neurociências e à biologia é correlativa de uma marcante *biologização* do homem. Para os defensores mais radicais do biologicismo que se instalou no pensamento moderno, a natureza humana se reduz à sua estrutura biológica, o mal-estar que a afeta é explicável biologicamente, seu tratamento é biológico e tudo isto já estaria definitivamente comprovado pela ciência. (BOGOCHVOL, 2001, P. 37)

O próprio ato de receber a receita médica e utilizar o psicofármaco pode atuar de maneira a promover a desresponsabilização e despolitização do sujeito em relação a seu sofrimento psíquico, o que, para Bogochvol (2001), este relacionado a um evidente processo de biologização que atualmente tende a transformar qualquer mal-estar em doença. Os medicamentos reduzidos a algo trivial, transformados em uma “droga da felicidade”, são prescritos e utilizados como solucionadores mágicos de um sofrimento cujas bases vivenciais, paciente e profissional parecem fazer questão de desconhecer.

Para Cunha (2008), a base do fenômeno de mercantilização da doença é a sobreposição de lógicas, ou seja, da lógica mercantil, à lógica sanitária, reforçando a medicalização na sociedade. Essa sobreposição de lógicas, segundo o autor, possibilita que “a esfera econômica colonize o sistema de saúde da sociedade contemporânea” (2008, p.6). O autor menciona que, se por um lado há uma parte da população que tem dificuldades no acesso a medicamentos, por outro a parcela da população que tem acesso, faz uso indiscriminado e excessivo de medicamentos (2008, p.27). O autor menciona ainda que os 15% da população que têm renda superior a 10 salários mínimos, consomem cerca de 48% dos medicamentos, enquanto que os 51% da população com renda inferior a dois salários mínimos consomem cerca de 16% dos medicamentos (2008, p.27).

Illich (1981) já comentava que o consumismo voraz de novos medicamentos e novas tecnologias pela população, dissociado de um pensamento crítico-reflexivo dos benefícios e dos malefícios que a modernidade pode estar trazendo à sua vida, caracteriza-se como a iatrogenia cultural. Para o autor, esse processo iatrogênico manifesta-se através da heteronomia dos sujeitos, gerando um alto grau de dependência dos indivíduos aos serviços de saúde e às tecnologias cada vez mais modernas de

tratamentos de saúde, inclusive as que fazem promessas a longo prazo, como no caso da genética, por exemplo, também corroborado por Norman e Tesser (2009).

A promoção comercial é um dos fatores que, atualmente, influencia muito a prescrição de medicamentos e seu consumo, devido à existência de várias opções farmacêuticas para um mesmo fim, torna-se elemento essencial para diferenciação entre os produtos. Os gastos da indústria farmacêutica com publicidade refletem sua importância para o setor. A área da saúde mental é, especificamente, próspera para as indústrias farmacêuticas.

Segundo Angell (2010, p.56), o aumento do número de diagnósticos psiquiátricos desempenha importante papel nesse aumento. Não há testes objetivos para detectar uma doença mental, além de serem incertas as fronteiras entre normal e patológico.

O investimento em publicidade chega a ser o dobro do que a indústria gasta em pesquisa – representando entre 20% e 30% das vendas nos países em desenvolvimento. (NASCIMENTO, 2005)

Angell (2008, introdução, p.16) aborda que os laboratórios farmacêuticos, afastaram-se de sua missão de descobrir e fabricar medicamentos úteis para a população e transformaram-se em máquinas poderosas de marketing. Essa mudança tem trazido diversos ônus à população. Menciona que, ao observar as propagandas de medicamentos, podemos constatar como é feita a venda de felicidade e bem-estar. Segundo a autora a indústria farmacêutica tem uma estratégia consciente de produção de política e isso de uma forma ou de outra chega à família, chega à subjetividade das pessoas, a ideia que elas têm de si próprias, chega aos médicos seja como prescritores, ou como contratados pelas indústrias, chega aos pais, aos professores, chega à imprensa.

Segundo Peter Conrad (2007) a questão da medicalização na atualidade está mais voltada para os interesses econômicos e de mercado do que para interesses profissionais. Exemplifica que, quando uma nova droga entra no mercado, é necessária uma doença ou desvio para legitimá-la (p.143).

Normalmente, são mostradas pessoas sorridentes, felizes, bonitas em locais agradáveis (p.9), ou seja, tudo o que desejamos para nós, e todo esse bem-estar podendo ser adquirido ao ingerir o medicamento indicado. Outro aspecto das propagandas de medicamento é a de buscar que o expectador se identifique com as pessoas que aparecem nas propagandas, desejando ter sua beleza ou desempenho físico. Outras vezes, utiliza-se de artistas conhecidos e queridos do público para que seu

produto ganhe credibilidade junto ao expectador. Outro fator que precisa ser refletido é a relação que os laboratórios farmacêuticos têm estabelecido com os médicos.

Esta relação é marcada, muitas vezes, por uma conjunção de interesses que guarda pouca ou nenhuma relação com a saúde do paciente. O médico ganha com a propaganda da suposta eficácia do novo medicamento, que aumenta sua credibilidade, produtividade e favorece a expansão do número de pacientes atendidos e, ainda, é recompensado por sua fidelidade por meio de uma série de vantagens e oferecimentos cujo significado financeiro não é nada desprezível (GREENLAND, 2009).

A indústria farmacêutica, impedida de vender esse tipo de medicamento diretamente aos consumidores, que só podem obtê-los através da prescrição médica, privilegia relações de parceria com a medicina. Na aliança entre indústria farmacêutica e medicina ocorre um esforço “para estabilizar na sociedade um discurso biológico e o conceito das doenças, fazendo com que a população aprenda a reconhecer em suas experiências de vida os critérios de diagnóstico” (AGUIAR, 2003, p. 8).

O discurso da saúde/doença, fortemente veiculado na mídia de consumo, cumpre o papel de promover, na população, o consumo de medicamentos. Na sociedade contemporânea de consumo todos os desejos, sonhos, projetos, paixões se materializam e são oferecidos pelo mercado como produtos que podem ser comprados e consumidos (LEFÈVRE, 1991).

Ainda segundo o autor falar de saúde no mundo atual significa dizer das mercadorias de saúde, tanto quanto falar do lazer é remeter-se à televisão. As soluções para a promoção de saúde são materializadas e transformadas em diversos objetos consumíveis, como seguros de vida, alimentos específicos - chás, xaropes, iogurtes - e medicamentos. O autor, em seu livro “O medicamento como mercadoria simbólica”, explicita que assim como a sociedade atual transforma a saúde em bens de consumo, também transforma o medicamento em símbolo de saúde.

E o discurso da “promoção de saúde”, que obviamente não precisa estar adicto a interesses econômicos ou corporativos, acaba sendo instrumentalizado para uma maior circulação e venda dos medicamentos como mercadorias que devem cumprir seu ciclo

de mediadoras de acumulação de capital. O investimento da indústria farmacêutica em pesquisas farmacológicas vinculadas a oportunidades de mercado favorece o surgimento de uma quantidade ilimitada de novas drogas, cujo principal objetivo, numa lógica capitalista de produção e consumo, é a obtenção de lucro com a venda desse produto. No entanto, os efeitos colaterais das substâncias produzidas para substituírem as mais antigas nunca ou quase nunca são divulgados (ANGELL, 2007).

De acordo com os dados fornecidos pela ANVISA (APÊNDICE 2) no seu boletim sobre medicamentos psicotrópicos é possível perceber o crescimento vertiginoso que alguns princípios ativos tem tido no panorama nacional brasileiro nos últimos anos.

Dessa maneira, o consumo e o excesso aparecem como sedutoras alternativas para acabar com o *sofrimento psíquico* seja ele qual for. Se essa mercadoria de consumo estiver de acordo com as demandas atuais de velocidade, fluidez e narcisismo, ela é ainda mais bem aceita. Assim, nos deparamos com uma enxurrada de medicamentos prometendo soluções imediatas com uma razão instrumental propondo fórmulas instantâneas para a felicidade, etc.

É importante ressaltar que apesar da ênfase na profissão médica, a medicalização não se restringe a ela, mas ao processo presente em todas as áreas da saúde de categorizar sofrimentos e sintomas em diagnósticos, oferecer explicações naturalizadas e terapias reduzidas ante a complexidade dos problemas.

Para Lefèvre (1991, p. 72) a instalação dos psicofármacos como forma de cuidado pode ser analisada pela perspectiva capitalista/mercadológica. Suas pesquisas e produções científicas sobre o tema problematizam a transformação da mercadoria simbólica, ou seja, a saúde associada ao consumo e o medicamento como objeto (mercadoria) para acessar tal saúde.

Deparar-se com as adversidades e dores próprias da existência e descobrir alternativas para o trato destas realidades, passam na contemporaneidade a dar lugar em alguns casos apenas ao aplacamento destas vicissitudes através da medicalização da existência.

Estudar as práticas de cuidado no campo da saúde mental desempenhadas pela Atenção Primária do município de Cachoeiras de Macacu será o enfoque que daremos a este estudo a partir de agora.

Vale ressaltar que entender como esta dinâmica de medicamentação do sofrimento perpassa a prática médica dos profissionais da Estratégia de Saúde da

Família município de Cachoeiras de Macacu também será um dos objetivos deste estudo.

2.0- PERCURSO METODOLÓGICO.

2.1 O Cenário.

Atualmente o município possui uma rede de saúde composta por um hospital geral, sete unidades básicas de saúde, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um ambulatório de saúde mental, um ambulatório de especialidades, nove unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma unidade de vigilância sanitária e uma unidade de vigilância epidemiológica.

De acordo com o último censo do IBGE 2010, Cachoeiras de Macacu tem uma população de 56.529 habitantes, com 84,7% da mesma na zona urbana, com uma proporção de 101,4 homens para cada 100 mulheres. A densidade demográfica é de 53 habitantes por km². A população municipal experimenta uma taxa de crescimento maior que a média estadual. Isso ocorre principalmente por dois motivos: migração e alta taxa de natalidade durante o período de 1991-2000, a população de Cachoeiras de Macacu teve uma taxa de crescimento anual de 2,12% enquanto a taxa de crescimento da população do Estado foi de 1,30% e da região das baixadas litorâneas foi de 4,13%. (Fonte: Caderno DATASUS, 2007).

A taxa de urbanização cresceu 6,31%, passando de 79,68% em 1991 para 84,70% em 2000. Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M 2000), no Estado do Rio de Janeiro, Cachoeiras de Macacu é o 55° dentre 92 municípios. A Esperança de Vida ao Nascer é de 70,33 anos, 86,03% de taxa de alfabetização de adultos, 82,64% de taxa bruta de frequência escolar e renda per capita de R\$ 219,20 (duzentos e dezenove reais e vinte centavos).

Na classificação Federal o IDH de Cachoeiras de Macacu ocupa a posição 1.828 dentre os 5.564 municípios Brasileiros. A contribuição da economia do município de Cachoeiras de Macacu para o PIB (Produto Interno Bruto) do estado do Rio de Janeiro é de 0,19% (Fundação CIDE 2003).

Dentre os PIB's dos municípios que compõem a região das baixadas litorâneas o PIB de Cachoeiras de Macacu teve a maior taxa de crescimento entre os anos de 2002 e 2003. A taxa de 37% de crescimento se deveu ao desenvolvimento da indústria da transformação em especial o Setor de Bebidas (Schincariol) o qual compõe 55% do PIB municipal e é o 16° produtor do estado (Fundação CIDE 2003).

A maioria da população ativa trabalha no comércio e serviços que, de certa forma, só atende a população local. Outro grande empregador é a Prefeitura Municipal.

Hoje a média de renda da cidade gira em torno e 1,5 salários mínimos. O setor dos serviços é o maior empregador formal do município com 36% dos postos formais de trabalho, seguido pela administração pública com 18% das ocupações formais, o comércio com 16,3% das ocupações formais, a indústria com 15,7% e a agropecuária com 10,2% das ocupações formais.

O município enfrenta problemas com loteamentos clandestinos em áreas não apropriadas, que vêm se multiplicando e atraindo pessoas de baixa renda da zona rural e de cidades vizinhas. O município registrou, entre 2006 e 2008, um crescimento de 8,16% no número de domicílios particulares permanentes urbanos, passando de 11.831 para 12.797 unidades, enquanto, no mesmo período, o Conleste cresceu 4,94%. A ampliação dos serviços de infraestrutura urbana não acompanhou este crescimento no mesmo ritmo. No mesmo período, o crescimento da área urbanizada do município foi de 30,29%, passando de 12,61km² para 16,43km², enquanto no Conleste (Consórcio dos municípios do leste fluminense) o crescimento foi de 27,23%. (Fórum Agenda 21, 2008).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (2013), o município conta com o serviço de um hospital, três ambulatórios de especialidades médicas, um centro comunitário, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um posto do Programa Municipal de Combate à Dengue (PMCD). O Hospital Municipal conta com uma equipe multidisciplinar capaz de atender 89 leitos para internações temporárias e pronto atendimento. Não existe atendimento de saúde estadual no município, porém alguns estabelecimentos particulares prestam serviços a preços populares.

2.2 Configuração do programa de saúde mental.

Antigamente o atendimento ambulatorial de Psicologia e Psiquiatria era efetuado no Ambulatório Padre Batalha, uma unidade fixada no centro da cidade, de forma aleatória e por demanda espontânea, sem coordenação e articulação entre essas áreas.

Em 2002, com o objetivo de organizar o Programa de Saúde Mental, foi iniciada uma pesquisa/levantamento no arquivo do Ambulatório P. Batalha com duração de seis meses, com o intuito de criar o cadastro de pacientes, constando nome, endereço, diagnóstico, especialidade e técnico de atuação, atendendo à solicitação feita pela Assessoria de Saúde Mental, para estabelecimento do perfil de doença mental de nosso município, levantamento das necessidades e posterior organização do serviço.

Após conclusão do levantamento, foi detectado um índice elevado de doenças epiléticas, que ocupavam grande parte da agenda dos profissionais da Psiquiatria, como também de crianças com dificuldades de aprendizagem (encaminhadas diretamente pelos professores e sem realização de avaliação pedagógica). Este gargalo além de outros entraves, dificultavam e ou atrapalhavam o acesso ao atendimento das pessoas com transtornos mentais graves, e que acabavam chegando muitas das vezes em internações psiquiátricas, por falta de tratamento médico e do uso da medicação adequada. Paralelo a esse trabalho foi realizado levantamento no Hospital Municipal Celso Martins, buscando os nomes dos pacientes que eram encaminhados para internação psiquiátrica, onde foi constatado um alto índice de internações psiquiátricas (cerca de 10 pacientes/mês) e que em sua maioria não faziam uso de medicação regular. Após essa conclusão, foi remetido Ofício a Assessoria Estadual de Saúde Mental, com os dados coletados, sendo então autorizado o início do processo de credenciamento de CAPS I em Cachoeiras de Macacu.

Em março de 2003, foi iniciado o Programa de Saúde Mental do município, partindo de uma visão de atenção psicossocial, após contratação de vários técnicos, e do início de uma prática de treinamento com esses técnicos, visando à formação de uma equipe multidisciplinar e passando a oferecer o serviço, Oficinas Terapêuticas, Grupos de Família, Grupo de Dependentes Químicos, Grupo de Egressos (com pacientes que saíam de internações psiquiátricas ou com agravamento do seu quadro mental) e também a realização de visitas domiciliares, para acompanhamento dos casos graves ou em situação de risco social. Foram realizados Grupos de Estudos com a Equipe

Técnica, para adaptação a Nova Política de Saúde Mental, onde se contou com a ajuda de um Psiquiatra, que orientou e ministrou aulas de Psicopatologia, isto é, das principais doenças mentais, seguidas de estudo de caso. Também nesta época passou a ser realizada uma tentativa de controle na distribuição dos medicamentos da farmácia básica de saúde mental, em conjunto com o setor de farmácia do almoxarifado central. A partir daí os medicamentos de controle especial passaram a ser liberados somente com receituário médico dos psiquiatras e neurologistas da rede, ou em casos especiais, com autorização da Coordenação deste Programa ou do CAPS. Esta iniciativa não se sustentou por muito tempo e por motivações políticas perdeu sua força.

Inaugurado em maio de 2005 o CAPS I (Cachoeiras de Macacu) nascia com a proposta de oferecer, dentre outros serviços, assistência à pacientes portadores de doença mental grave, egressos de internações psiquiátricas, ou que tivessem agravamento de seu quadro mental. Tendo como objetivo primordial, evitar internações psiquiátricas desnecessárias e promover a reintegração social dos usuários atendidos, esta instituição tem buscado oferecer apoio e orientação aos familiares e pacientes, conscientizando-os da necessidade de tratamento psiquiátrico regular e do uso diário de medicamentos. Funciona com uma equipe multidisciplinar composta de Psicólogo(s), Assistente(s) Social, Psiquiatra(s), Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de Enfermagem, Artífice, além de funcionários administrativos e de apoio. Já o Ambulatório de Saúde Mental que funciona em dependências físicas anexas ao prédio do CAPS oferece atendimento psicológico e ou psiquiátrico às crianças, adolescentes e adultos, portadores de doença mental leve e/ou controlada. Os pacientes que buscam ajuda são atendidos inicialmente em Grupos de Recepção e Acolhimento, que tem como finalidade a identificação da problemática do usuário e encaminhamento para a especialização ou atendimento que se fizer necessário, tais como: individual, grupo terapêutico (crianças, adolescentes, adultos, mulheres e familiar). Cerca de 800 pacientes são atendidos mensalmente neste serviço.

O (PSM) Programa de Saúde Mental possui atualmente em seu quadro funcional um total de 30 funcionários, sendo: Administrador (1), Administrativo/faturamento (1), Artífice (1), Assistente Social (2), Atendente (2), Arquivista (1) Auxiliar de Enfermagem (2), Auxiliar de Serviços Gerais (2), Cozinheira (1), Digitadora (1), Enfermeira (1), Psicólogo (8), Psiquiatra (3), Terapeuta Ocupacional (1), Vigias/Apoio. Estes profissionais atendem no CAPS e no ambulatório de saúde mental.

A rede de saúde mental também é complementada por uma profissional de psicologia que atua no NASF.

O serviço de emergência funciona no Hospital Geral e conta com dois leitos que ainda não estão credenciados junto ao Estado, mas fazem o atendimento dos pacientes no momento de crise. Este atendimento dos pacientes em crise é realizado por profissionais do hospital (médicos de plantão e enfermeiros) e neste espaço ainda não existe uma equipe especializada em saúde mental para o trato destes pacientes. Quando existe a solicitação ao PSM o que se tenta viabilizar é uma visita do psiquiatra e de um profissional de saúde mental (psicólogo ou assistente social) para ajudar na abordagem do caso. Faz-se necessário ainda, o credenciamento de mais 02 (dois) leitos psiquiátricos para álcool, crack e outras drogas no Hospital Municipal Dr. Celso Martins, o que ainda não se efetivou.

Segundo a coordenadora de saúde mental desde a instalação pela Assessoria de Saúde Mental (SES) da Central de Regulação das Internações Psiquiátricas da Região Serrana, no município de Teresópolis, minimizou-se a dificuldade que se tinha de controle das internações psiquiátricas que são realizadas por Cachoeiras de Macacu. Atualmente tem sido feito um controle da porta de entrada das internações psiquiátricas, parceria esta realizada entre profissionais do Hospital Municipal Dr. Celso Martins, juntamente com a Equipe do CAPS. Os médicos autorizados a solicitar as internações psiquiátricas, são os psiquiatras que atuam no Programa de Saúde Mental; mas mesmo assim, para que uma internação aconteça faz-se necessária o aval da coordenação de Saúde Mental. Esta atitude, segundo os profissionais da saúde mental do município vêm promovendo uma mudança na forma de ver, de se relacionar com as pessoas com transtorno mental grave, tanto por parte da comunidade, da família e também dos próprios funcionários do hospital, que antes viam como única saída à internação psiquiátrica, como forma de tratamento. A clientela atendida pelo programa de saúde mental é composta, em sua maioria, por adultos e em menor número por crianças e adolescentes.

No período da realização desta pesquisa existe no CAPS um cadastro com de cerca de 190 pacientes que recebem um cuidado intensivo. Com a inexistência de CAPSi e CAPSad as demandas específicas surgidas por estes grupos são atendidas pelo CAPS I.

2.3 Rede de Atenção Primária.

A rede de Atenção Primária do município está formada por três modelos diferentes de atenção à saúde: unidades de atenção básica (UBS) tradicional, (PACS) Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF). A seguir estes modelos serão mais bem detalhados.

2.4 Unidades de Atenção Primária Tradicional.

As unidades de saúde básica tradicionais são nove e oferecem atendimento ambulatorial. Dessas nove unidades, duas funcionam com serviço de Urgência e Emergência, uma por 12h e outra 24h, e se encontram na região central. Quatro unidades são consideradas Rurais e cinco Centrais. As unidades básicas maiores se encontram na região central da cidade e contam com o maior número de especialidades. Nem todas as especialidades clínicas oferecidas pelo município são ofertadas em todas as unidades básicas. A maior das unidades centrais, Padre Batalha, serve de referência para a ESF e possui a maior diversidade de especialidades: urologista, cardiologista, endocrinologista, gastroenterologista, pneumologista, dermatologista, ginecologista, clínico geral, psicólogo, dentista, nutricionista e pediatra.

Uma das unidades é um polo de referência voltado para a saúde da mulher e da criança. Esta unidade está localizada na região central. Outro polo de referência localizado no centro é a Casa Dia, destinada para o acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes. Este polo não entra na contagem dessas unidades básicas, pois ainda se encontra sob a coordenação da gestão de vigilância em saúde, porém é um equipamento da atenção básica que, futuramente, deverá ser gerido pelo gestor das Unidades Básicas de Saúde.

A Casa Dia foi criada com verba do Programa de apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), cujo objetivo é organizar a atenção à saúde aumentando a eficiência e eficácia dos serviços. A verba é disponibilizada para a secretaria de saúde municipal desenvolver ações de suporte aos hospitais municipais. Tem um valor fixo e um variável. As metas para o recebimento da parte variável estão atreladas ao alcance da melhora de alguns indicadores. Um dos indicadores que precisa ser acompanhado para a liberação do valor variável é a diminuição da internação por diabetes e por hipertensão. A proposta do município é que a Casa dia possa fazer o acompanhamento da população com diabetes e hipertensão além de desenvolver atividades em grupo.

Este dispositivo possui uma equipe multidisciplinar composta de médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista. A ideia é evitar as internações hospitalares.

2.5 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) está dividido em três equipes. Cada equipe possui em torno de 23 a 25 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma enfermeira. E cada uma delas está relacionada a uma UBS tradicional da região central da cidade.

As equipes trabalham com clientela adscrita e fazem visitas domiciliares para acompanhar o desenvolvimento das crianças, verificar cartão de vacina, acompanhar hipertensos e diabéticos, verificar se as grávidas estão fazendo o pré-natal, verificar a necessidade de marcação de consultas na unidade de referência, enfim, os acompanhamentos característicos da atenção básica. Além disso, também fazem ações de prevenção nas escolas. A enfermeira costuma fazer visitas juntos com os ACS quando os casos precisam de uma supervisão técnica ou quando existe alguma resistência da família com os ACS ou em relação à aderência ao tratamento.

2.6 Caracterizando o lugar da pesquisa: A ESF de Cachoeiras de Macacu.

A Estratégia Saúde da Família conta com nove unidades de saúde e três extensões. (APÊNDICE C). Essas extensões foram organizadas para dar acesso a populações que moram na parte rural da cidade e possuem mais dificuldade de acessar o centro. Normalmente, cada extensão fica permanentemente com um técnico de enfermagem e com um a dois ACS. O médico e o enfermeiro costumam ir às extensões cumprir um turno de atendimento clínico semanal.

A cidade possui boa parte da população concentrada na região central, porém possui uma extensão territorial grande com áreas rurais. A densidade populacional nas áreas rurais é baixa, o que faz com que a distância entre as moradias seja grande. Nessas áreas os ACS (agentes comunitários de saúde) precisam fazer uso de bicicletas e motos para visitar a população.

A cobertura atual da ESF é de 36%, enquanto o PACS cobre em torno de 50%. O PACS em conjunto com a ESF cobre em torno de 80% da população.

A relação da Estratégia Saúde da Família com as Unidades Básicas tradicionais se dá através dos encaminhamentos às especialidades. De fato, a relação se dá com uma unidade básica em especial, Padre Batalha, que serve de referência para as equipes de

Saúde da Família. Mas além dos encaminhamentos, nenhum outro trabalho é feito em conjunto.

As unidades de saúde da família localizam-se nos seguintes bairros e distritos: Guapiaçu; Castália; Cidade Alta; Vecchi; São José da Boa Morte; Maraporã; Boa Vista e Taboado.

Este programa possui nove Equipes de Saúde da Família implantadas, sendo que duas delas (Castália e Boa Vista) funcionam em prédios alugados, uma em unidade recém-reformada e as demais em prédios onde funcionavam anteriormente como unidades Básicas de Saúde, não adequadas para funcionamento de Unidade de Saúde da Família, sendo adaptadas, na medida do possível, para o atendimento aos usuários. A unidade do Guapiaçu foi a primeira a ser inaugurada no ano de 2002 e conta hoje com uma equipe de 14 profissionais que se distribuem da seguinte maneira: médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, THD (técnico higiene dental), auxiliar de serviços gerais e 8 agentes comunitários. Esta equipe realiza atividades de promoção de saúde em um território que abrange cerca de 750 famílias. As demais equipes possuem uma configuração bastante similar apresentando algumas discrepâncias apenas quanto ao número de agentes comunitários. A unidade de Castália e Taboado e Cidade Alta possuem 9 (nove) agentes de saúde cada. O número de famílias que cada estratégia de saúde da família é responsável assume a configuração disposta na (Tabela 2).

Unidades de Estratégia de Saúde da Família / número de famílias assistidas em 2013.

Localidades	Zona	Nº de Famílias Assistidas
SJBM	Rural	467
Vecchi	Rural	372
Guapiaçu	Rural	750
Agro Brasil	Rural	597
Maraporã	Rural	599

Castália	Rural	807
Cidade Alta	Urbana	942
Taboado	Urbana	617
Boa Vista	Urbana	1045

Fonte: SIAB¹-Secretaria Municipal de Saúde (2013).

Vale ressaltar que seis das nove unidades de saúde da família estão alocadas no interior do município. A faixa territorial do município é bastante extensa e o transporte público apresenta sérias fragilidades e, às vezes, até inexistente em alguns distritos. Este fator prejudica muito a complementariedade da rede de cuidado entre a ESF e os demais serviços de saúde dispostos no município. A relação das ESF com a rede ocorre por meio de guias de referência. As Unidades de Saúde da Família possuem como referência especializada a UBS Padre Batalha, que fica no centro. Tal unidade possui uma cota de consultas reservadas para atender os usuários da ESF.

¹ SIAB – O [Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB](#) foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde.

3.0- ABORDAGEM TEÓRICO – METODOLÓGICA

A pesquisa qualitativa mostrou-se a mais adequada para desenvolver este estudo sobre as práticas de cuidado em saúde mental que neste momento são realizadas na estratégia de saúde da família de Cachoeiras de Macacu-RJ.

Adotou-se a abordagem qualitativa por pressupor uma interação entre o pesquisador e o objeto pesquisado, sendo que o conhecimento do fenômeno a ser investigado é construído a partir dessa interação e oferece sentido à investigação.

Assumiu-se que o método da pesquisa está diretamente relacionada aos significados que os atores sociais atribuem a suas experiências no mundo social e ao modo como eles compreendem esse mundo. Tenta, portanto, investigar e interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão, sem se preocupar em quantificar, mas sim em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, como proposto por Pope e Mays (2005).

Turato (2003) contribui com essa análise ao afirmar que na pesquisa qualitativa são as pessoas ou as comunidades, em sua fala e em seu comportamento, a essência da investigação. Assume-se, assim, que o alvo do interesse do pesquisador é entender a construção dos significados que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito.

Adotou-se como orientação teórico-metodológica deste estudo a dialética, considerando que seus pressupostos permitem olhar a realidade presente nas relações sócio-históricas e culturais no atual desenvolvimento e transformação do modelo assistencial da Atenção Primária e compreendê-la nessa perspectiva.

Segundo (MINAYO 2005; 89) a entrevista semiestruturada procura evitar a rigidez do questionário para melhor apreender o ponto de vista dos atores sociais. Norteia-se por um roteiro previamente elaborado pelo pesquisador que, inevitavelmente, reflete certas de suas hipóteses implícitas ou explícitas sobre o campo. Mas busca ampliar e aprofundar a comunicação, evitando cerceamentos à comunicação pelo sujeito de suas visões, juízos e relevâncias a respeito dos fatores e das relações que compõe o objeto. O roteiro é concebido como um guia e não como uma amarra, permitindo ao entrevistador introduzir novas reflexões que possam contribuir para o esclarecimento ou aprofundamento das informações que estão sendo colhidas.

Igualmente, a ordem de abordagem dos diferentes temas não deve obedecer a uma sequência rígida, deixando-se ditar pelas preocupações, ênfases e associações de pensamento dos próprios entrevistados.

As entrevistas são geralmente gravadas para transcrição e análise posteriores. Em alguns casos, porém, quando isso não é aceitável para o sujeito, o pesquisador tem que utilizar sua memória ou anotações esparsas para mais tarde realizar uma compilação escrita das informações obtidas.

O material produzido por esse tipo de entrevista tende a ser muito mais denso e profundo do que o questionário, permitindo a captação do universo afetivo-existencial do sujeito, que outros métodos mais impositivos são incapazes de suscitar. Assim, costuma-se deixar de lado a preocupação com a “objetividade” do entrevistador, no sentido do seu não envolvimento, do uso cuidadoso de uma linguagem precisa, do controle rígido de atitudes corporais, fisionômicas, de gestos frases, e palavras. Nesse tipo de pesquisa o envolvimento do entrevistador com o entrevistado torna-se a condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva, essencial para o êxito de uma pesquisa, já que é justamente o nível afetivo existencial aquele que mais determina os comportamentos.

3.1 Objetivos da pesquisa

Sendo assim, neste estudo buscou-se apreender, dentre outras coisas a realidade das práticas dos profissionais de saúde envolvidos com a rede de cuidado ao usuário da ESF, em que foram evidenciadas suas particularidades e estabelecidas as relações sócio-históricas e culturais no desenvolvimento e transformação desse cuidado.

A Estratégia de Saúde da Família como estratégia para reorganizar a Atenção Primária, foi implantada no município em 2002. Tal dispositivo vem tentando desde então reforçar a importância do acolhimento, da responsabilização e da vigilância da saúde, focando a família e vinculando as Equipes de Saúde da Família (ESF) a um trabalho orientado pela organização territorial (SIAB, 2010).

O município de Cachoeiras de Macacu encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, e conforme recomendação do MS, através da Norma Operacional de Assistência Saúde NOAS/SUS/01/2002, o gestor municipal assume a responsabilidade de organizar e executar as ações do sistema municipal de saúde,

buscando garantir a equidade no acesso aos serviços em seus diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2002e).

A Atenção Primária do município, reconhecida como a porta de entrada preferencial da população na Rede de Serviços de Saúde, conta atualmente com 9 (nove) ESF distribuídas em 145 ACS Agentes Comunitários de Saúde, que desenvolvem um leque de ações, tendo como um dos seus pilares a humanização da assistência e a busca pela atenção integral aos indivíduos e comunidade, sendo responsáveis por uma cobertura aproximada de 36% dos habitantes cachoeirenses. A assistência aos usuários de Saúde Mental está inserida na rede, segundo o modelo de gestão preconizado pelo município.

Foi com esse olhar que se deu a aproximação com essa realidade rica de complexas relações, contradições e desafios no cuidado direcionado para o usuário da Estratégia de Saúde da Família. Na análise do objeto, consideraram-se as mudanças significativas vivenciadas na atualidade, pela assistência médica, que vislumbraram e descortinaram possibilidades na otimização do cuidado oferecido a esse usuário.

Assim, o foco desta pesquisa foi centrado nos seguintes objetivos:

- a) no fazer dos profissionais médicos que assistem diretamente o usuário da estratégia de saúde da família, colocando sobre análise a rede de cuidados em saúde mental no território;
- c) na dimensão dada pelos médicos da ESF ao uso de medicação psicofarmacológica e
- c) na atenção psicossocial como referencial teórico para a análise da práxis em consonância com os pressupostos da Reforma.

Desse modo, a prática dos profissionais que assistem os usuários Estratégia de Saúde da Família, a relação com as questões de saúde mental, a capacidade de uma visão mais holística da comunidade assistida e a relação com as tecnologias psicofarmacológicas são as três categorias analíticas que balizaram a realização da pesquisa em todas as suas fases.

3.2 Os sujeitos da pesquisa

No momento do trabalho de campo, o número de entrevistados se constituiu de 7 (sete) profissionais médicos do Programa de Saúde da Família de um total de nove médicos na medida em que são nove equipes. Vale ressaltar a dificuldade de dois

profissionais no agendamento das respectivas entrevistas, o que impossibilitou após várias tentativas, esta abordagem.

A definição dos sujeitos da pesquisa não foi sustentada por critério numérico, porém procurou-se garantir a representatividade das circunstâncias nas quais se apresentou a realidade do fenômeno, em uma realidade concreta, balizada na geografia do município no qual foram privilegiadas as características urbanas e rurais e do pensar e fazer saúde. Foram entrevistados os médicos de 3 (três) unidades sediadas no ambiente urbano e 4 (quatro) outros médicos que trabalham em unidades rurais no município. Neste estudo, a definição dos sujeitos, e dos critérios de acesso a eles e de sua inclusão na pesquisa teve como referências a orientação de Minayo, que afirma:

[...] numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação[...] (MINAYO, 1999).

A partir desse entendimento, a definição dos sujeitos privilegiou os profissionais inseridos na área adscrita mencionada. Os critérios para a definição dos sujeitos considerou o fato de serem estes os únicos profissionais na ESF com autorização legal para, dentre outras abordagens, prescrever medicamentos considerando que este também foi um dos objetivos do estudo.

Para o início da coleta de dados, foram elaboradas listas das unidades a serem visitadas e neste momento privilegiou-se quatro unidades de saúde da família localizadas no meio rural do município e outras três unidades do espaço urbano também e foram relacionadas

O total de 7 (sete) entrevistas foi considerado suficiente para elucidar momentaneamente o fenômeno em estudo, ou seja, obedecido o critério de saturação dos dados, como é próprio dos estudos qualitativos.

Quanto ao sexo foram estudados seis homens e uma mulher. As idades variaram entre 27 e 63 anos, o que nos sugere que as equipes são compostas ora por profissionais jovens e em início de carreira e ora por profissionais com idade mais avançada e com um percurso profissional mais extenso. Além disso, nenhum deles tinha se formado havia menos de um ano; três tinham entre um e cinco anos de formados; dois entre 6 e

10 anos; e dois havia mais de 10 anos. Três médicos trabalhavam entre um e dois anos e quatro médicos trabalhavam havia mais de 4 anos na ESF.

Quanto ao tipo de contrato de trabalho, foi constatado que a inserção na ESF aconteceu para todos após processo de análise de currículo. Salvo a exceção de um profissional que recentemente passou a pertencer ao município a partir da iniciativa do PROVAB².

Na seleção realizada pela secretaria de saúde para contratação dos médicos não foi exigida residência médica em medicina geral e comunitária ou em medicina de família e comunidade. Todos foram contratados por meio de um contrato de prestação de serviço (CLT³ - renovável de dois em dois anos). Este formato apresenta, em seu conjunto, um retrato preocupante da precarização da força de trabalho dedicada à ESF, como apontado em um estudo que constatou quadro semelhante em outros municípios.

Quanto às especializações dos médicos foram citadas como residência médica: Anestesiologia, Pediatria, Clínica Médica Geral, Nefrologia, Medicina do Trabalho. Três entrevistados ainda não fizeram residência médica. Cabe ressaltar que, como a ESF é recente, a maior parte dos entrevistados se graduou antes da criação da mesma. Três profissionais possuem mais de uma especialização. Vale ressaltar que nenhum profissional entrevistado relatou ter especialização em Medicina de Família.

O município de Cachoeiras de Macacu se inscreveu no PROVAB, programa do Governo Federal que cria incentivos á profissionais para que estes se desloquem para o interior do país. Esta medida do Governo Federal através do Ministério da Saúde intenciona-se em distribuir de maneira mais equitativa o número de médicos pelas diversas regiões do interior do país.

² PROVAB é um programa de valorização da atenção básica recentemente criado pelo Governo Federal. Este programa estimula atuação de profissionais na Atenção Básica em periferias de grandes cidades, municípios do interior ou em áreas mais remotas. Médicos bem avaliados receberão bônus de 10% em provas de residência. O programa valoriza profissionais que atuarem durante 12 meses em periferias de grandes cidades, municípios do interior ou em áreas mais remotas, como Amazônia Legal Brasileira, semiárido nordestino, área de população e atuação indígenas.

³ A CLT surgiu pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista existente no Brasil. Seu principal objetivo é a regulamentação das relações individuais e coletivas do trabalho, nela previstas. A CLT é o resultado de 13 anos de trabalho - desde o início do Estado Novo até 1943 - de destacados juristas, que se empenharam em criar uma legislação trabalhista que atendesse à necessidade de proteção do trabalhador, dentro de um contexto de "estado regulamentador".

O PROVAB 2013 prevê ainda especialização em Saúde da Família para os médicos, com bolsa federal no valor de R\$ 8 mil mensais, custeada integralmente pelo Ministério da Saúde.

Em todo o País, o programa promoverá a atuação de 4.392 médicos nos serviços de Atenção Básica de 1.407 municípios. O número de médicos pode, no entanto, aumentar uma vez que os profissionais inscritos no PROVAB, mas que ainda não conseguiram ser alocados no município pleiteado estão sendo remanejados pelo Ministério da Saúde. Segundo o ministro da Saúde, Alexandre Padilha em entrevista ao jornal O Globo, o PROVAB é mais uma das iniciativas em parceria com o Ministério da Educação destinada a enfrentar uma problemática, que é possivelmente o desafio mais crítico do SUS – ter mais médicos, bem formados e próximos da população que mais precisa.

Os médicos cursarão uma pós-graduação com duração de 12 meses, por meio do qual atuarão nas equipes de Atenção Básica sob a supervisão de instituições de ensino superior (IES) e acompanhamento dos gestores locais, além de cursarem aulas teóricas ministradas em metodologia EAD (Ensino a Distância) pela (UnA-SUS).

Os médicos serão supervisionados por universidades e hospitais de ensino credenciados pelo Ministério da Educação (MEC), por meio de supervisores remunerados com bolsa federal no valor de R\$ 4 mil. Para garantir a qualidade do serviço prestado, os profissionais serão avaliados trimestralmente.

Os profissionais que cumprirem as atividades estabelecidas pelo programa e receberem nota mínima de (7.0) terão pontuação adicional de 10% nos exames de residência médica, conforme resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Sendo assim o município em questão foi contemplado com um profissional que chegou a cerca de um mês e a partir de sua curta experiência também foi caracterizado nesta amostra.

Na pesquisa a que se refere este estudo, o trabalho de campo foi interrompido quando se avaliou que com o material obtido seria possível: 1) identificar padrões simbólicos e práticas empregadas no universo estudado; 2) descrever e analisar diferentes trajetórias profissionais e construir hipóteses relativas ao processo de formação e de socialização profissional; 3) identificar valores, concepções, ideias, referenciais simbólicos que organizam as relações no interior desse meio profissional, buscando compreender seus códigos, 4) configurar algum nível de generalização no

que dizia respeito a essa categoria profissional, ao seu sistema de aprendizagem, regras de funcionamento, relação com o trabalho, rituais de ingresso, de consagração e assim por diante.

3.3 Critérios de Exclusão.

Na medida em que o objeto deste estudo é voltado para análise do conhecimento das práticas de cuidado realizadas pelo profissional médico, inclusive por este profissional ser o único amparado legalmente a prescrever medicamentos psicotrópicos, os demais profissionais não foram entrevistados.

3.4 Aspectos éticos

Foi solicitada a Secretaria Municipal de Saúde na pessoa da Coordenação de Atenção Básica a autorização para a realização das entrevistas junto aos médicos que atuam na Equipe de Saúde da Família de Cachoeiras de Macacu.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP-FIOCRUZ em 03-12-2012. Analisado sob o aspecto ético-legal atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres vivos. O projeto foi aprovado em 05.02.2013 sob o número CAAE 10887312.4.0000.5240.

Os dados coletados através da gravação e da transcrição das entrevistas da permanecem em sigilo.

3.5 O desenvolvimento da pesquisa

Para construir os dados empíricos deste estudo foi utilizado para a investigação: a entrevista individual, com roteiro semiestruturado, eleita como a forma mais adequada para abordagem dos técnicos de saúde.

Para a realização da entrevista, seguimos à orientação de Triviños (1992) que define a entrevista individual com roteiro semiestruturado como aquela que parte de questionamentos apoiados em teorias e hipóteses, e no decorrer do processo oferece um campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que surgem à medida que os informantes respondem.

O roteiro, com questões norteadoras (APÊNDICE A), serviu para orientar a pesquisa e estimular uma narrativa mais livre para que o entrevistado pudesse discorrer sobre o tema proposto, seguindo a linha de raciocínio e experiências com o objeto de

estudo. Essa técnica contribuiu para que o informante alcançasse a liberdade e a espontaneidade nos seus discursos, o que enriqueceu a investigação.

Concorda-se com Schraiber, que por ser um modo de contar e um modo de lembrar, a entrevista produz sempre uma interpretação daquele que relata.

Mas aquilo que se conta o acontecido, o vivido e o significado que lhe confere o narrador, não é exatamente único, senão a experiência pessoal no interior de possíveis históricos bem determinados, e que se dão na forma pela qual aquele indivíduo está situado socialmente (SCHRAIBER, 1993:33).

Essa opção permitiu a formulação de perguntas para a obtenção de dados de interesse da investigação e contemplou os aspectos relevantes em sua questão orientadora, como também o objetivo preestabelecido. A flexibilidade deste instrumento possibilitou ao pesquisador esclarecer o significado da questão no momento da entrevista, adaptando-a, dessa forma, ao entrevistado e às circunstâncias em que a mesma se realizou. A escolha pela entrevista semiestruturada foi sustentada com base na imperativa necessidade de valorizar a presença do pesquisador e de oferecer perspectivas para que o informante alcançasse a liberdade e a espontaneidade na sua fala, o que enriqueceu os dados empíricos. Antes de iniciar as entrevistas, o pesquisador procurou estabelecer uma relação de confiança mútua com o entrevistado, na busca de propiciar-lhe um clima de afinidade, simpatia e lealdade, com o propósito de obter sua participação ativa, como também a profundidade nas respostas às questões sobre o fenômeno em estudo. Estabelecido o contato e o acordo em contribuir com este trabalho, as entrevistas foram agendadas, de acordo com a disponibilidade de cada profissional. As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre 10 de fevereiro e 28 de março de 2013. Para resguardar a integridade dos discursos, utilizou-se como recurso o gravador, sempre com a anuência do entrevistado, no sentido de garantir a fidedignidade das informações. Uma vez gravado, o conteúdo das entrevistas foi transcrito pelo pesquisador. A primeira leitura de cada entrevista foi realizada, logo após a coleta, com olhar atento, na busca de apreender os significados globais do texto e captar o momento em que os discursos começassem a ser repetitivos. Considerada a saturação dos discursos com a repetição de temas, foi interrompida a coleta de dados e procedeu-se a novas leituras na íntegra de cada discurso, sem a preocupação de

interpretar. Partindo de alguns pontos de interesse da pesquisa, que, ao mesmo tempo, nortearam o pesquisador, chegou-se a alguns dados conclusivos e relevantes sobre algumas práticas de cuidados oferecidas aos usuários da Saúde Família no território pesquisado. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), em duas vias, sendo que uma delas foi entregue e a outra foi arquivada pelo pesquisador.

4.0- A ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material foi analisado pela técnica de análise do discurso proposta por Fiorin (1998) para o qual o texto é uma produção material que permite a identificação das visões de mundo dos sujeitos. Ele é histórico porque seu sentido é dado, também, por suas relações com o exterior, com as concepções que existem na sociedade da época em que ele foi produzido. Os textos foram lidos exaustivamente e decompostos em fragmentos que foram agrupados por temas coincidentes com as intenções e objetivos a que estudo se destina.

A escuta como exercício cotidiano de intervenção no campo empírico nos permitiu encontrar evidências (nas narrativas) relacionadas à rede enunciativa que delimita o sentido atribuído pelos sujeitos à noção de saúde. É importante ressaltar que tomamos aqui a noção de intervenção no sentido amplo, uma vez que ao solicitar que alguém fale nos colocamos em uma posição de implicação e mobilização política a respeito da forma como o pesquisador e o entrevistado se posicionam frente ao mundo, à sociedade e a sua vida. Pesquisar-intervindo implica em tomar como princípio a ideia que a fala não é um simples “dado” cuja somatória reforça o peso da análise (como é o caso de determinados usos de pesquisas de base qualitativa). Trata-se aqui de pensar os efeitos do que produzimos, tanto ao mobilizar os sujeitos, como ao divulgar o que pudemos compreender a partir da análise que empreendemos.

Butler (2007, p. 22), ao pensar o estatuto da narrativa de si a partir de Foucault, afirma que quando falamos (mesmo que as condições do que pode ser dito ultrapassem o sujeito), estamos implicados em um jogo de reconhecimento de nós mesmos que se constrói também a partir de um arranjo particular da norma que nos constitui no interior dos processos de subjetivação. Trata-se, portanto do que somos, mas também do que podemos ser, pois mesmo que a legitimidade do que pode ser dito esteja determinada de antemão, ela não conforma completamente o sujeito. É importante lembrarmos que

para Foucault não existe poder sem liberdade, e é por esta razão também que, ao escutarmos e ao produzirmos um determinado saber sobre o que foi dito, nos posicionamos na posição daqueles que podem pensar e fornecer ferramentas para que as pessoas possam se pensar de outra forma, ou seja, que elas possam ser mais livres do que pensam ser (afirmação que tomamos de Foucault sobre o sentido que ele atribui a sua obra).

A ESF foi implantada no município de Cachoeiras de Macacu em 2002, e como nos demais municípios brasileiros, se fez jus devido à ineficácia do modelo tradicional, que se apresentava com baixa resolutividade e difícil acesso, gerando insatisfação do usuário e mantendo um quadro nosológico insatisfatório. Acreditava-se que através da abordagem multiprofissional, englobando práticas preventivas e de promoção da saúde, pautadas na vigilância da saúde, fosse possível contribuir positivamente para a qualidade de vida da população. Atualmente a APS do município conta com três ESF's na zona urbana (ESF 1, ESF 2, ESF 3) e seis na zona rural (ESF 4, ESF 5, ESF 6, ESF 7, ESF 8, ESF 9).

O projeto do município é incrementar a APS com mais duas ESF's até o final 2013, pois além da baixa cobertura atual, ocorreu um crescimento populacional intenso nos últimos anos, propiciado também pelas reformulações e impactos produzidos pelo COMPERJ na região, levando algumas ESF's a atuar com o limite máximo de habitantes preconizado pelo MS.

A ESF propõe como diretriz o desenvolvimento do trabalho tendo por base relações de cooperação, em equipe, que integralizam as ações e complementam o processo de produção e utilizando tecnologias básicas. A organização e a divisão desse processo definem-se pelo objetivo final que se quer atingir, uma assistência à população de forma humanizada.

A lógica da organização e divisão do trabalho em saúde, no Brasil, situa-se nos dois modelos de assistência, o médico-curativo e o de promoção da saúde. Embora o PSF tenha surgido como estratégia de mudança do antigo modelo (meramente curativo), esta herança ainda persiste no processo de trabalho e na percepção popular, o que leva a uma série de problemas para ambas as partes. A comunidade ainda tem dificuldade de entender o funcionamento do Programa e a rotina de trabalho, até porque não participou efetivamente do processo de implantação. A população sente-se no direito de ter seus "direitos" atendidos, independente da qualidade da assistência prestada, por não ter assimilado ainda a nova proposta de trabalho.

Para Fontinele Júnior (2003), a partir da definição da composição de suas equipes, os municípios deveriam planejar e executar o processo de recrutamento e seleção dos profissionais, contando com a assessoria da Secretaria de Estado e ou instituição de formação de recursos humanos. Como todo processo seletivo, deve ser dada atenção à identificação do perfil profissional não apenas em termos de exigências legais, mas de proximidade com o campo de atuação específico do PSF. Os critérios para identificação dessas habilidades devem ser justos e apresentar aos candidatos boa comunicabilidade e compreensibilidade. (p.49)

Para o efetivo alcance dos objetivos da estratégia da ESF, faz-se necessário que as ações e serviços de saúde sejam desenvolvidos por profissionais capacitados, que possam assumir novos papéis e responsabilidades. O processo de capacitação desses profissionais deve apresentar um conjunto de atividades capaz de contribuir para o atendimento das necessidades mais imediatas, bem como garantir a continuidade da formação profissional para o aprimoramento e melhoria da capacidade resolutiva das Equipes de Saúde (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

A primeira capacitação é o treinamento introdutório, que deve anteceder ao início do trabalho dos profissionais selecionados. O treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, com a comunidade, a situação de sua área de abrangência: os aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários (morbidade/mortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e o potencial que a cidade tem para resolvê-los. Esse treinamento ajuda os profissionais a compreenderem e aprenderem os indicadores de saúde, em especial, os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas.

Após o treinamento introdutório, as equipes são inseridas em um processo de educação permanente, para possibilitar o desenvolvimento constante de suas competências como equipe generalista (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Vale refletir um pouco mais sobre o perfil da classe médica que atualmente compõe a rede primária nas ESF em Cachoeiras de Macacu. É importante salientar que todo esse processo supracitado que elenca as diretrizes para a composição das equipes de saúde que atuarão na Atenção Primária está longe de ser realidade nos municípios brasileiros, salvo raras exceções. No município estudado esta realidade não é em nada diferente.

Dos sete médicos entrevistados nenhum alega ter especializações em Saúde da Família comentando que suas experiências na profissão se deram nas mais diversas áreas da ciência biomédicas, em especialidades que vão desde a pediatria até a anesthesiologia.

Vale lembrar que o Ministério da Saúde entendendo que muitos profissionais em atuação nos programas de saúde da família não possuem formação e especializações em Saúde da Família preconiza, na tentativa de minorar os hiatos desta subjetiva prática, que o processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz às equipes. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção de equipe e da criação de vínculos de responsabilidade com a população assistida, que fundamenta toda a Estratégia de Saúde da Família.

Dados obtidos junto à coordenação da Atenção Básica do município dão conta de que em um período de onze anos, ou seja, desde a criação deste dispositivo de cuidado no município estudado, foram realizadas duas atividades de educação continuada com foco em saúde mental promovida por uma equipe da FIOCRUZ para os profissionais da ESF e a frequência dos médicos se resumiu a presença de 3 (três) profissionais. Destes três profissionais hoje somente um deles ainda faz parte do quadro de médicos do respectivo programa.

Exatamente por ser uma estratégia para a aprendizagem coletiva, a partir das práticas e do trabalho, é que a Educação Permanente em Saúde é parte constitutiva da gestão democrática: ela é uma estratégia para a gestão de coletivos. É a oportunidade para produzir diálogo e cooperação entre os profissionais, entre os serviços (hospital e rede básica, por exemplo) e entre gestão, atenção, formação e controle social – para que as áreas se potencializem e ampliem o sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade. Constitui-se num momento de construir pactos para ampliar os compromissos com o interesse público, usando dos espaços de liberdade que a prática em saúde proporciona. Este tipo de educação deve fazer parte da agenda dos gestores, como estratégia indispensável para a construção do SUS que queremos (FEUERWERKER, 2005).

Cumpre lembrar ainda, a política salarial definida para a ESF deve ser única, abrangendo tanto os profissionais que já integravam os quadros da rede e que aderiram à estratégia, quanto os novos, submetidos ao processo de seleção (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2013). No entanto, segundo Sousa (2002), é evidente que o tamanho da equipe, bem como o salário de seus integrantes, varia de acordo com o perfil do programa adotado, com o tamanho populacional e com, entre outros motivos, a distância do município dos grandes centros.

Esta questão foi salientada por um profissional entrevistado que mantendo um tom desmotivado criticou a forma diferenciada que os médicos são tratados pelos gestores neste município.

[...] o que eu observo aqui na cidade é que os médicos quando vem de fora pra cá eles tem muita regalia... E os colegas que trabalham aqui há anos e anos são jogados pro escanteio [...] um exemplo disso são esses médicos que estão chegando agora através desse PROVAB. Eles não têm nenhum compromisso com a cidade. Chegaram aqui e vão ficar aqui por um ano recebendo um salário três vezes maior que os outros médicos e depois irão embora sem nenhum remorso. (E01)

Considerando os objetivos deste estudo que se pautam no fazer dos profissionais médicos que assistem diretamente o usuário da estratégia de saúde da família, colocando sobre análise 1) a rede de cuidados em saúde mental no território; 2) na dimensão dada pelos médicos da ESF ao uso de medicação psicofarmacológica e 3) na atenção psicossocial como referencial teórico para a análise da práxis em consonância com os pressupostos da Reforma, cumpre empreender neste momento uma análise mais detalhada sobre estes aspectos a partir das entrevistas realizadas com os profissionais.

Neste momento do estudo municiados por um roteiro semiestruturado embarcamos para um contato mais direto com o campo e os profissionais envolvidos neste processo compartilhado de conhecimento. Os resultados e as análises desta experiência estarão expostos nas linhas abaixo, seguindo como eixo de análise os três pilares que se confrontam com os objetivos deste estudo: investigar/problematizar a prática, ou dito de outra maneira, o “fazer prático” dos médicos na rede de cuidados em saúde mental na ESF; a dimensão que estes profissionais dão ao uso de medicações psicofarmacológicas e por último a dimensão psicossocial e territorial que estes profissionais possuem com relação às comunidades por eles assistidas.

4.1 A práxis dos entrevistados: a rede de cuidado em saúde mental no território.

“Não precisamos saber apenas que doença a pessoa tem, mas que pessoa tem essa doença”. (Osler)

O trabalho cotidiano do médico nas ESF consiste em consultas clínicas, coordenação de grupos, visitas domiciliares, reuniões semanais com a equipe e campanhas educativas.

Com relação à questão da formação dos profissionais que hoje compõem as ESFs do município estudado, vale salientar que nenhum dos profissionais entrevistados relatou ter especialização em Saúde da Família. Em sua maioria os médicos entrevistados fizeram menção exclusivamente às suas especialidades clínicas e ao trabalho realizado na unidade com referências muito esparsas às abordagens que realizam nos diversos contextos das comunidades, ou seja, privilegiaram os atendimentos realizados apenas no consultório médico da unidade de saúde da família enquanto que as abordagens práticas das visitas domiciliares e as diversas e possíveis intervenções coletivas pouco foram relatadas.

As consultas médicas foram citadas como a principal atividade do médico, que deve atender pessoas de todas as faixas etárias e gêneros (crianças, adultos, idosos e gestantes), numa sistemática de horários que intercala pacientes agendados com a demanda eventual.

Vale citar que entre os médicos entrevistados, apenas dois fizeram menção espontânea a estrutura e dinâmica familiar. Nos outros discursos a família deixou de ser considerada como unidade de atenção e cuidado, sendo os indivíduos o foco da atenção clínica.

Conforme vimos no referencial teórico a família dos sujeitos tem um papel fundamental em seus processos de subjetivação e também é parte constituinte em seus processos de sofrimento, dor e adoecimento ao longo da vida.

Vale destacar que é na família que a criança encontra os primeiros “outros” e com eles aprende o modo humano de existir. Seu mundo adquire significado e ela começa a constituir-se como sujeito.

Isto se dá na e pela troca intersubjetiva, construída na afetividade, e constitui o primeiro referencial para a sua constituição identitária. A criança, ao nascer, já encontra

um mundo organizado, segundo parâmetros construídos pela sociedade como um todo e assimilados idiossincraticamente pela família, que, por sua vez, também carrega uma cultura própria. Essa cultura familiar que lhe é específica apresenta-se impregnada de valores, hábitos, mitos, pressupostos, formas de sentir e de interpretar o mundo, que definem diferentes maneiras de trocas intersubjetivas e, conseqüentemente, tendências na constituição da subjetividade.

Merece atenção à referência ao fato de o curso de graduação em medicina não ter dado destaque e capacitação aos médicos para escolher e exercer a profissão na APS. De acordo com os entrevistados, faltou enfoque para a APS na graduação que os fizesse ter uma experiência prática longitudinal na rede de saúde e obter, na formação acadêmica, uma visão abrangente do sistema básico de saúde.

[...] Acredito ter faltado um enfoque maior para esta área de atuação profissional no meu curso. Cheguei a fazer um breve estágio no PSF – dois meses – durante o curso, no qual observei a atuação dos profissionais e funcionamento das unidades, porém ainda acho que foi pouco. (E04)

Na análise das concepções dos entrevistados sobre sua experiência, relação e o entendimento que estes possuem com as questões pertinentes ao campo da saúde mental foi possível identificar repetidas visões sobre o tema. Não raro, foi relatado pelo profissional possuir pouca ou nenhuma relação com as questões de saúde mental.

[...] “Experiência nenhuma. Isso aí eu queria deixar claro. Como você viu falei várias coisas, mas no campo da psiquiatria nem psicologia nada. Só no dia-a-dia mesmo como clínico mesmo um ou outro paciente solto. [...] Na minha experiência nestes hospitais que te falei já vi alguns pacientes em surtos com crises de esquizofrenias, abstinência alcoólica que são mais comum né? Ansiedade também né? DNV - Distúrbio Neuro Vegetativo”. (E06)

Alguns profissionais relataram ter certa insegurança e incompreensão com relação a alguns diagnósticos no campo da saúde mental. Ainda na ocasião foi comum ouvir dos profissionais uma carência de “capacitações” sobre os temas pertinentes á saúde mental.

[...] Eu como médico tenho às vezes dificuldade de dar um diagnóstico de síndrome do pânico, de uma depressão, então eu acho que as capacitações nesta área precisam ser mais específicas e terem uma linguagem mais acessível [...] (E04).

Conforme já foi relatado neste estudo na (pág. 70), num período de onze anos de existência do programa de saúde da família no município foram realizadas duas capacitações com assuntos pertinentes ao campo da saúde mental.

Vale ressaltar, entretanto que uma ferramenta potente para auxiliar nesta reivindicação dos profissionais poderia ser desempenhada pela equipe matricial de apoio. Existem relatos que algumas ações neste sentido são desempenhadas pela equipe matricial de apoio, porém a adesão dos médicos tem sido prejudicada por algumas razões, dentre elas, o grande número de consultas agendadas para estes profissionais e a redução da carga horária deste profissional na unidade de saúde. Foi possível observar que existem questões do campo da gestão interferindo negativamente na qualidade do serviço prestado ao usuário. Esta seria também uma boa reflexão que poderia surgir através do matriciamento das equipes. Talvez a criação de espaços para reflexão das condutas repetidas no dia-a-dia através de reuniões de equipe pudesse legitimar um processo de melhor diálogo entre a gestão e as equipes.

Em determinado momento específico da entrevista o mais comum era ouvir dos médicos algumas experiências sobre outras abordagens em saúde, principalmente aquelas prestadas em emergências nos hospitais gerais. Este, aliás, foi um discurso predominantemente repetido pelos profissionais que já obtiveram sua graduação há algum tempo. Em contrapartida, os que acabaram de graduar-se em medicina fizeram questão de ilustrar que sua pouca experiência na área da saúde mental poderia estar atrelada ao baixo prestígio dado aos atuais currículos universitários sobre o tema.

[...] “Não tenho muita proximidade, mas acredito até que pelo próprio currículo das faculdades. Assim a parte da saúde mental é tocada, mas de uma maneira muito superficial, entendeu? Eles focam assim nas outras patologias ao invés da saúde mental, então assim meu contato é muito pouco, tanto é que, às vezes, aqui a gente se sente um pouco restrito sobre como tratar, pra onde encaminhar, por exemplo, lá em

(antiga cidade) tem o CAPS que a gente usa muito mais assim meu contato é muito pouco, eu diria que é muito superficial”. (E05)

No aspecto da formação dos profissionais de saúde, tem sido ressaltada a importância das práticas educativas serem realizadas em um diversificado cenário de práticas, inclusive na APS. Pesquisa realizada por Campos (1999) nas catorze maiores faculdades de medicina do país indicou que 86% da formação para a atuação prática dos médicos ainda ocorre no contexto do hospital universitário e com foco reduzido na ampliação de possibilidades da rede de saúde mental. Iniciativas têm sido tomadas no sentido da inserção desde o início do curso de graduação das formações profissionais em saúde em projetos que estejam relacionadas com práticas no contexto da comunidade (CYRINO ET AL., 2005). Entre outros desdobramentos, entende-se que esse processo tende a favorecer transformações na relação dos profissionais da saúde com a demanda e, concomitantemente, um questionamento a respeito da sua própria prática.

“Aqui no PSF eu vejo a parte clínica e referencio para o psiquiatra”... (E03)

Outro fator que também merece ser analisado diz respeito à falta de sinalização nas entrevistas ao quesito das discussões de casos junto à equipe. Não foi possível identificar em nenhum dos relatos uma fala que desse conta de algum caso clínico que pudesse ser, ou que fora, discutido e analisado juntamente com toda equipe da ESF. Conforme vimos no referencial teórico na (pág. 36) o uso de uma boa ferramenta denominada PTS (Projeto Terapêutico Singular) originaria imensos benefícios para todos principalmente para o médico que diante da reflexão de alguns casos clínicos poderia aumentar seu repertório de intervenções junto aos sujeitos ou coletividades.

Representa o PTS, portanto, um momento de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. É importante destacar que o PTS pode ser elaborado para grupos ou famílias, e não só para indivíduos.

Silva & Trad (2005), ao investigarem a articulação técnica e a interação entre os profissionais de uma equipe do PSF, observaram que são “pouco referidas situações em

que se exercite a discussão crítica em torno de problemas e necessidades da equipe e da população na busca de consensos coletivos” (p. 36).

Fica claro que os médicos que trabalham na produção de serviços de saúde necessitam de novas ferramentas para o trabalho na APS a partir de dinâmicas relacionais em que os diversos conhecimentos se entrelacem. Este é um território por onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário.

Os entrevistados apontam a dificuldade na relação com os encaminhamentos feitos à psiquiatria, devido à escassez desta especialidade no setor público municipal. Os entrevistados referem que pacientes que necessitam de atendimento especializado aguardam longo período para conseguir a consulta. Assim, há um descrédito da população, identificando a inadequação do modelo.

[...] então as pessoas vão lá consultam com muita dificuldade né que pra marcar psiquiatra tá difícil... [...] ontem teve uma senhora aqui que me falou que só conseguiu marcar pra daqui a três meses, entende? (E01)

A reflexão sobre as questões do matriciamento não foram abordadas a priori no roteiro semiestruturado deste estudo por considerar que a minha figura como um profissional pertencente à aquele espaço e que desempenhava naquele momento esta função, pudesse causar algum constrangimento ou até mesmo algum vício dos dados obtidos na entrevista. Porém para efeitos de análise vale ressaltar que o termo matriciamento não fora espontaneamente citado por nenhum dos entrevistados. Contudo, sua lógica de realização foi citada por um profissional.

[...] se for depressão e tudo mais a gente encaminha, tenta fazer um trabalho com o psicólogo e tal. Tenta ver direitinho se é ou não é... Fala com você, né? [...] (E05)

Embora, nesta análise específica, esteja desenvolvida a concepção do matriciamento, a lógica que em geral, ainda opera na relação de cuidado com os

pacientes da saúde mental no município tem sido a antiga formulação da referência e contra referência, esta última, aliás, duramente criticada por alguns profissionais.

“[...] Eu tenho o retorno porque ele volta aqui pra fazer outra coisa, clínica. Aí eu vejo ali anotado no prontuário que eu já encaminhei pra psiquiatria e aí eu pergunto. Mais deles lá no CAPS não tem retorno nenhum”. (E03)

A integração prevista entre CAPS e ESF passa a ser discutida sob um novo enfoque quando, o Ministério da Saúde (2008) publica a Portaria 154 em 24 de janeiro de 2008. Tal portaria como já foi supracitado cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento com o objetivo de apoiar, atuar em conjunto e compartilhar com a ESF, práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das mesmas. Outro fator que também chama a atenção é que somente um profissional entrevistado fez menção a existência do NASF no município, relatando encaminhar e não matriciar o paciente para o profissional da saúde mental.

[...] Eu investigo um pouco a parte clínica vendo se precisa realmente... Às vezes a gente acha que é sistema nervoso e é tireoide é colapso de válvula mitral como eu vi em uma senhora hoje. Entendeu? Então eu investigo um pouco como clínico. Mas acabo encaminhando realmente para o psicólogo. (E06)

Se tomarmos como referência o conceito conforme visto anteriormente na (pág.23) que nos diz que matriciar está para além de somente encaminhar, supervisionar, ensinar uma pedagogia, mas sim lançar um olhar longitudinal e coletivo de cuidado, torna-se possível perceber aqui a força da ideologia e da prática que ainda existe na dinâmica exclusiva do encaminhamento. Conforme nos mostrou Braga (pág. 24) os quatro aspectos básicos do cuidado que perfazem a ideologia da clínica ampliada que primam, dentre outras coisas, para um empoderamento dos sujeitos estariam sendo minorados por uma prática unívoca, o encaminhamento. Dessa maneira suscitar formações e ou capacitações para os profissionais, em especial para os médicos, que fomentem uma melhora do repertório das abordagens possíveis na Atenção Primária, seria outra boa intervenção a ser realizada pela equipe matricial de apoio.

Outras questões que também foram abordadas se referem à necessidade de capacitação profissional e educação permanente para toda a equipe da ESF, reestruturação do setor de especialidades no município para acolher os encaminhamentos e maior atenção das escolas médicas ao ensino na APS.

4.2 A dimensão dada ao tratamento psicofarmacológico:

Pode-se perceber que em sua grande maioria os profissionais não se sentem seguros para lidar com as situações de saúde mental recorrendo, regularmente, aos encaminhamentos à psiquiatria. Quando assim não o fazem, lançam mão, inúmeras vezes, de alguma prescrição psicofarmacológica.

“[...] se eu acho que consigo resolver o problema de acordo com meus conhecimentos eu prescrevo remédio... Aí quando eu estou vendo que não estou conseguindo ajudar o paciente aí eu encaminho [...] (E07)”.

O desfecho prático do processo de medicalização social, precocemente descrito por Illich e iluminado pelas ideias de Fleck, mostra que gripes, resfriados, lutos, pequenas contusões e ferimentos, tristezas, crises de relacionamento sentimental, familiar e conjugal, dores ocasionais, recorrentes ou crônicas, mortes e nascimentos, crises existenciais e etc, passam a ser vertiginosamente medicalizados, carentes de interpretação e prescrição médica ou de especialista similar.

Segundo Tesser (2009) dessa forma um dos subprodutos evidentes da medicalização social, visível para todos os que trabalham ou têm contato com o dia-a-dia da atenção à saúde nos serviços públicos, é a bola de neve crescente e infindável da demanda espontânea por atenção médica para todos os tipos de problemas, queixas, dores e incômodos. Fenômeno complexo, de múltiplos e amplos determinantes, que, cada vez mais, tem exigido espaços de acolhimento “resolutivo”, de atenção médica, administração e triagem das filas. Isso faz com que o tema seja candente na prática, no cotidiano dos serviços do SUS, na rede básica e nas equipes de ESF.

Vale ressaltar a posição original de um entrevistado que fez submergir á cena de reflexão uma proposta que toca de maneira central na análise que o referencial teórico suscita como uma atenção integral ao cuidado. Para este profissional:

“[...]“tem alguns casos que não adianta você entrar logo com a medicação, tem que conversar com a família, filhos, marido...” (E04).

O destaque dado a esta conduta é devido ao fato de o profissional refletir sobre sujeito e seus sintomas, tendo como referencia a família e suas relações sociais. Esta, aliás, foi a única menção á família feita por algum entrevistado.

Com relação às maiores demandas surgidas na ESF tornou-se comum ouvir que as grandes queixas que chegam ao serviço dão conta de sintomas compatíveis com queixas psicossomáticas relacionadas à ansiedade, depressão, seguidos por quadros sintomáticos de dependência alcoólica.

Dos sete entrevistados quatro citam que uma demanda significativa encontrada em seus atendimentos tem como foco a questão do alcoolismo.

[...] Alcoolismo eu encontro muito. (E05)

[...] O maior problema de saúde aqui nesta área é o alcoolismo. (E01)

[...] aqui na comunidade vejo muitos casos de abuso de álcool. (E07)

[...] “abstinência alcoólica” devido ao “índice aqui ser muito alto de alcoólatra nesta localidade aqui”. (E06)

Segundo Fontanella, (2011) com relação á dependência do álcool na APS vale destacar que o recentemente publicado Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) dedica 22 de seus setecentos e noventa artigos ao “Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (Brasil, 2009), prevendo que a APS seja um dos principais componentes da atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas. Trata-se, portanto, de uma reafirmação da agenda internacional de compromissos colocada, três décadas antes, aos pesquisadores, gestores e clínicos da APS.

O “Programa” preconiza que a APS se volte para a detecção precoce de casos de uso nocivo e de dependência de substâncias e para outras práticas preventivas, educativas e terapêuticas. A lógica da redução de danos⁴ e as técnicas de IB⁵

⁴ No âmbito da [psicoterapia](#) das [adições](#) e [toxicomanias](#) a redução de [danos](#), mais popularmente conhecida pela sigla RD, pode ser considerada um paradigma, uma abordagem ou uma perspectiva, e é utilizada para proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos relacionados a alguma prática que cause ou possa causar danos. Valoriza e põe em ação estratégias de proteção, cuidado e autocuidado, possibilitando mudança de atitude frente à situações de vulnerabilidade.

⁵ As IBs são intervenções que podem também complementar atividades assistenciais habituais e que são inseridas na rotina usual de atendimento, ocupando um tempo mínimo, utilizando recursos didáticos para obter rapidamente um maior nível de informação do paciente sobre seus problemas atuais, avaliando e eliciando a motivação para mudança, preparando-o para tomar decisões. Assim, por exemplo, um médico do Programa de Saúde da Família poderá incorporar na consulta de rotina um breve momento destinado à

(intervenções breves) são mencionadas como forma de se alcançar o objetivo terapêutico de redução ou cessação do consumo, recomendando-se, também, o encaminhamento precoce de pacientes para intervenções mais específicas, incluindo a abordagem das complicações clínicas e/ou psiquiátricas.

Para além destas medidas mais práticas, é importante que a equipe de saúde se debruce sobre a questão do consumo de substâncias psicoativas no território, tentando compreender o contexto em que este consumo se dá no âmbito coletivo. No planejamento da equipe, é necessário pensar, por exemplo, quais são as atividades de cultura e lazer presentes no bairro e ver a possibilidade de projetos intersetoriais. Pensar algumas estratégias com foco na participação social também pode ser uma estratégia utilizada pela equipe de apoio matricial juntamente com as equipes de saúde da família.

Outro registro levantado por cinco dos sete entrevistados citam as queixas de transtornos de ansiedade.

[...] O maior problema de saúde mental nesta área é o alcoolismo, em seguida são os transtornos de esquizofrenia e de ansiedade. (E01)

[...] muito mais ansiedade e depressão... (E03)

[...] eu vejo mais se apresentando aqui é assim é muita agitação e ansiedade. (E05)

[...] Tem a depressão normal, os distúrbios de ansiedade. (E04)

[...] Ansiedade então tem muito. (...) ansiedade é toda hora... (E06)

As queixas relacionadas à ansiedade costumam ser inespecíficas e muitas vezes relacionadas às sensações somáticas. Usuários que procuram a ESF repetidamente com múltiplas queixas sem origem específica devem acender um alerta para pesquisa de ansiedade, ao invés da simples banalização dos sintomas. Foi comum perceber dúvidas nos profissionais sobre como lidar com um transtorno de ansiedade. Pensar em técnicas que os instrumentalizem pode ser uma boa temática para ser tratada nas capacitações continuadas oferecidas pela equipe matriciadora.

triagem para identificação de pacientes com PRUS (Problemas relacionados ao uso de substâncias), incluindo no seu esquema usual de seguimentos e monitorizações parte da consulta para aplicar a IB.

Vale ressaltar que no diagnóstico diferencial é importante atentar para a exclusão de causas orgânicas, doenças clínicas que podem mimetizar ataques de ansiedade. Também se deve lembrar de possíveis reações adversas à medicamentos que podem causar ansiedade.

A equipe deve demonstrar interesse nas queixas apresentadas pelo paciente e disposição para ajudá-lo. Além disso, tranquilizar as pessoas sobre seu estado geral de saúde e empoderá-las para implicar-se na elaboração dos seus sintomas, podem ser consideradas condutas positivas para o atravessamento da fase aguda de sofrimento.

Também deve-se questionar sobre situações e fatores de estresse relacionados ao aparecimento dos sintomas e se o paciente percebe ligação entre seu estado emocional e as queixas relatadas. Faz-se importante fornecer informações sobre o que são transtornos de ansiedade e sua alta prevalência, deixando claro que apesar de perceber que os sintomas provavelmente não estão relacionados a uma origem orgânica, o profissional sabe que se tratam de sensações e não meras invenções, o que pode ajudar o usuário a reconhecer seu problema e a tranquilizar-se diante das crises de pânico. É desejável conversar sempre sobre a situação com os familiares e/ou outros cuidadores potenciais, sempre com o cuidado de respeitar o sigilo das informações. Conforme já foi supra-analisado os médicos raramente relataram envolver a família no processo terapêutico. Esta é uma realidade que precisa ser refletida pelas equipes juntamente com os médicos. O contexto sócio familiar trava íntima relação com os episódios subjetivos de ansiedade.

Orientar os médicos e também os outros profissionais sobre as diversas técnicas de psicoterapia individual ou em grupo, que podem ser desenvolvidas na atenção básica pode sugerir um aumento no leque de possibilidades terapêuticas propostos aos usuários.

Outra situação que também foi bastante citada foi a depressão. Segundo quatro profissionais esta seria uma das causas que mais trazem pacientes para a unidade de saúde.

[...]“pacientes dependentes de benzodiazepínicos e as depressões de maneira em geral” (E01).

[...] Mais depressão, muito mais ansiedade e depressão, no iníciozinho muito mais, disparado. (E03).

Conforme vimos no referencial teórico deste estudo (pág. 29) os médicos são bombardeados com informações do tipo que a depressão está para se tornar a segunda principal causa de incapacidade em todo o mundo, pois afeta de 5% a 10% da população, e é a terceira razão mais comum para consulta na atenção primária à saúde. Mas o que vemos no discurso dos médicos entrevistados é a necessidade candente de melhor compreensão destes processos, de transtorno do humor em geral, de tristeza e ansiedade para que ele possa dar um suporte mais adequado ao usuário. Dos sete entrevistados nenhum deles relatou que métodos utilizam para identificar nos pacientes os critérios diagnósticos para tal mal estar. Vale trazer para reflexão a seguinte questão: Será que alguns diagnósticos de depressão realizados na ESF não poderiam estar mimetizados com sintomas de tristeza, desemprego, elaboração de um luto ou angústia eventos estes intrínsecos à vida humana. Reconhecer, portanto, uma boa gama da subjetividade dos pacientes assistidos na ESF torna-se questão urgente para estes profissionais que lidam com o sofrimento humano. Desta maneira é necessário assumir uma posição de médico da família e não simplesmente de um médico ambulatorial.

Compreender olhando para estes sujeitos as relações que os atravessam (família, as relações de convivência, de trabalho, de moradia) são fundamentais para que uma postura reducionista de medicalização da vida assuma novas formas e possibilidades outras.

Com relação aos transtornos psicóticos (dois) médicos de unidades localizadas no interior do município salientaram ter em sua área de atuação pacientes com esquizofrenia. Os demais profissionais não fizeram menção à esta condição.

O paciente psicótico costuma mobilizar muito as equipes de saúde nos momentos de crise aguda. É muito frequente que a equipe se depare com o medo de agressividade do paciente, o que de fato pode ocorrer, e sua prevenção e manejo efetivos são frutos de treinamento e suporte da equipe de saúde da atenção primária, consolidada e matriciada com apoio de especialistas em saúde mental, sejam eles de equipes de NASF, Caps ou outros equipamentos.

Uma equipe de atenção primária, que já se responsabiliza pelos pacientes que apresentam transtornos mentais comuns (TMC) e/ou transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, deve também estar preparada para acolher e avaliar aqueles com episódios de crise psicótica. Isso fortalece o vínculo do usuário com a equipe, favorece a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a responsabilização, e caminha em direção da atenção integral à saúde baseado nas reais necessidades da

comunidade adstrita, o que contribui para redução do estigma relacionado aos problemas de saúde mental. Estas também são ações possíveis de serem realizadas através do matriciamento realizado pela equipe de apoio.

A questão da demanda por repetição de receitas de psicotrópicos foi um fator que teve marcante presença em todos os discursos. Segundo alguns médicos existe uma relação de extremo desconforto quando o médico não atende á uma solicitação dessas.

[...] “às vezes você até dá um medicamento pra não criar problema, entendeu”? (E04)

[...] Eu refaço as receitas que já vem lá de Cachoeiras que o paciente mostra que já faz uso de remédio controlado aí eu repito às vezes a receita. (E06)

[...] Muitos dos que vem aqui pra pegar a receita você tenta conversar aí eles resistem dizendo não, mas o meu medico é outro e tal, eu acho essa prática bastante complicada. (E03)

[...] Os pacientes que já tem a doença diagnosticada e já aceitaram a doença chegam aqui e pedem a receita da medicação. E pra alguns isso faz bem. Outros que já tomam a medicação há muito tempo não vão largar [...] a dependência do psicotrópico é uma coisa difícil pra gente... (E01)

[...]Eu até a partir de agora falo que só vou dar a receita de tiver uma outra do psiquiatra com no mínimo três meses de validade. Já houve uma vez comigo um caso da pessoa até rasurar a minha receita aumentando a quantidade de comprimidos. Ela colocou no lugar que eu tinha escrito 60 comprimidos ela colocou 160 comprimidos, aí eu vi que realmente o negócio era sério, entende? Mais assim a dependência da medicação é tão grave que quando você não dá você cria um problema, entendeu? (E02)

De acordo com os estudos de Dimenstein (2009, p.68) de um modo geral, a demanda relativa à saúde mental mais frequente na realidade das ESF é a de pacientes que procuram a unidade para renovar a receita e continuar o tratamento.

Outras demandas também são mencionadas, como uso de álcool e drogas e situações constatadas como sendo transtorno mental na área de cobertura da equipe.

Contudo, a demanda pela renovação de receitas parece ser mais comum e mais alarmante.

[...] Isso acontece muito. Inclusive até eu ando questionando muito alguns pacientes, entendeu? Inclusive o rivotril. É impressionante como pedem pra repetir este tipo de receita. Até eu vi um documentário na TV essa semana. Porque assim a pessoa tá com um estado depressivo ou um distúrbio qualquer que necessite deste medicamento... a pessoa vai ao médico e aí depois ela fica refém... eu tenho pacientes que já fazem uso desses remédios já faz dez anos. Aí eu andei parando de dar a receita e agora só dou depois que ele vai ao psiquiatra. Então é impressionante o uso desse diazepam. E o rivotril é incrível automedicação com o rivotril. Você sabe que são medicamentos que causa a dependência, entende? (E02)

Por outro lado uma outra questão que também chamou a atenção foi o fato de que raramente o entrevistado disse ter inaugurado uma prescrição psicofarmacológica. Um profissional alegou que:

“Geralmente eu não medico aqui. Assim na verdade eu tenho até um preconceito com este receituário azul. Eu não gosto muito de usar. Primeiro que eu não me sinto capacitado para dar um diagnóstico final e medicar em cima disso. Eu prefiro usar a famosa papoterapia primeiro, eu gosto de conversar primeiro e aí se eu sentir que tem um fundo psicológico bem abalado que realmente a pessoa já está neste quadro há bastante tempo aí eu pego e encaminho mais eu não gosto de medicar aqui”. (E 05)

A maioria dos profissionais entrevistados demonstra inquietação com relação ao uso indiscriminado de algumas medicações, fato este, que segundo eles, causa um grande desconforto na relação médico-paciente. Uma fala obtida nas entrevistas de alguns profissionais que merece destaque é a cautela que alguns deles evidenciam sobre

o ato de prescrever psicotrópicos. Talvez por falta de conhecimento ou até mesmo por uma atitude mais comedida de alguns médicos, foi comum ouvir deles que raras foram às vezes que eles iniciaram a medicação psicotrópica na terapêutica de seus pacientes. A atitude de contextualizar o sofrimento e suas causas multifatoriais também foi uma realidade percebida em algumas entrevistas. Vista com bons olhos esta conduta faz submergir á cena deste estudo que é comum detectarmos na atenção primária, um tom de cautela quando o assunto é a psicofarmacologização dos sujeitos. Porém também foi possível observar que na mesma medida ainda se faz muito presente a ideologia do encaminhar os usuários, quando existem nós críticos na condição de sofrimento apresentada. A conduta do encaminhamento foi repetidas vezes eleita como a forma de destino dos pacientes na rede de saúde. A lógica do matriciamento não surgiu espontaneamente no discurso dos profissionais como uma proposta de cuidado.

Vale pensar que uma poderosa função do apoio matricial, neste caso, seria a de instrumentalizar os médicos para fundamentar práticas de escuta, de acolhimento, que operem uma lógica de cuidado que esteja para além das técnicas reducionistas. Abre-se aqui um espaço de reflexão sobre quais poderiam ser as ferramentas que a equipe matriciadora de apoio poderia suscitar juntamente com as equipes de saúde da família a fim de minorar as fragilidades colocadas pelos médicos entrevistados. Potencializar momentos em que as características singulares de cada unidade emergjam poderia ser uma das técnicas utilizadas pelos profissionais do NASF para ajudar a minorar estas lacunas de informação.

Outro fator que foi possível notar é que a carência de informações sobre o assunto deixa os profissionais inseguros quando o assunto é a medicação psicotrópica. Um profissional chegou a citar o termo “dependência de benzodiazepínicos”, trazendo para a reflexão o grau de complexidade que seria aconselhar o não uso desta medicação.

[...] Os pacientes que já tem a doença diagnosticada e já aceitaram a doença chegam aqui e pedem a receita da medicação. E pra alguns isso faz bem. Outros que já tomam a medicação há muito tempo não vão largar... A dependência do psicotrópico é uma coisa difícil pra gente... Às vezes aqueles pacientes que já tiveram uma depressão e até hoje tomam o remédio. Eles se apegam tanto aquilo que é difícil você falar pra ele não tomar o remédio. Aí

naquele dia aconteceu algo com ele de ruim e ele não tem o remédio em mãos e ele passa mal e ele acredita que só passou mal por não ter tomado o remédio... É muito difícil essa relação. Do mesmo jeito que é subjetivo a gente dar o diagnóstico e medicar é muito subjetivo tentar tirar o remédio. Pode não parecer mais é. Você diz pra ele pode para de tomar o remédio. Aí ele diz então me dá um exemplo doutor... Aí você fala olha você tá bem e tal já está voltando às suas atividades normais e tal... Aí ele fala doutor mais se eu voltar a sentir aquelas coisas novamente... E às vezes eles resistem dizendo eu vou continuar tomando pra não sentir mais aquelas coisas ruins... E aí eu enquanto médico posso fazer o que, entende? Vou te dizer que neste um ano aqui somente dois pacientes chegaram pra mim de maneira consciente e me disseram doutor já fiz meu tratamento de seis meses com a medicação tarja preta e não quero ficar dependente dela... Não quero mais tomar... Só vi dois casos assim... Acho que a abordagem que é feita no ato da prescrição conta muito pra isso. [...] (E04)

Cumpramos ressaltar que alguns entrevistados demonstraram encaminhar muitos de seus pacientes por não se sentirem seguros em realizar diagnósticos mais precisos sobre as demandas apresentadas.

Vale citar ainda a experiência trazida por um entrevistado que relembra de alguns casos de mães que até hoje o agradecem por sua conduta médica com seus filhos.

[...]Mas eu vou te relatar uma coisa que eu acho séria e que já corrigi e muitas mães falaram que eu salvei o filho dela. Que é o seguinte: era comum a criança ter uma hiperatividade por problemas emocionais e quando você pesquisa tranquilamente na relação da família... e antigamente o professor encaminhava para o neurologista... Aí o neuro fazia um eletroencefalograma que se eu e você fizermos vai dar anormal e caia de

depakene entendeu... Ao ponto da mãe me procurar pra pedir ajuda. (E02)

O modo de acolhimento da demanda em saúde mental expresso nas entrevistas indica o privilegiamento dos cuidados especializados e algumas vezes medicamentosos para a resolução dos problemas de saúde mental na população. Nas ESF pesquisadas no estudo isso se reflete de duas maneiras: o encaminhamento da demanda em saúde mental aos serviços/profissionais especializados e a prescrição/repetição de receitas psiquiátricas. Contudo vale salientar que foi possível perceber algumas posturas críticas quanto á repetição de receituários psicotrópicos.

4.3 A atenção psicossocial na Estratégia de Saúde da Família.

As situações referentes ao campo da saúde mental estão entre aquelas que mais exigem esforço da equipe para a percepção oportuna do problema e a tomada de decisão. Muitas vezes, a queixa do (a) usuário(a) não está expressa claramente, ou é mascarada por sintomas somáticos, e somente será revelada por meio de escuta atenta, que seja feita por qualquer um dos profissionais da equipe. Pode tomar um tempo maior para que se avalie o problema adequadamente. Mas é preciso que os profissionais estejam preparados para dispensar esta atenção, evitando um constante adiamento em trazer à tona o tema do sofrimento psíquico.

Existe uma tendência a subvalorizar estas queixas em relações aos riscos expressamente biológicos. Ainda, podem compor o quadro, atitudes inadequadas ou de agressividade, gerando rechaço por parte dos profissionais. Contudo, além de gerar um grande sofrimento ao indivíduo, os problemas de saúde mental podem sim estar relacionados a grandes riscos, inclusive de vida. É preciso um constante exercício de auto avaliação dos profissionais para evitar enquadrar esses usuários em estereótipos, lembrando sempre que esses se encontram em situação de fragilidade e necessitam ser cuidados.

As concepções do processo saúde - doença mental exposta pelos sujeitos entrevistados predominantemente atende ao modelo clínico individual, organicista e biológico na maneira de conceber o transtorno mental, contrapondo-se ao modelo de atenção psicossocial, bem como à atual política de organização dos serviços de saúde na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, onde a atenção básica deve ser realizada também e em conjunto com as unidades básicas de saúde. Isso pode ser visto no depoimento a seguir:

[...] Porque a gente não pode pensar que é só uma questão da mente... e se não for... Tem horas que você vê quadros muito típicos... Ai quando você fecha o diagnóstico começa com a medicação e tudo mais... (E05)

De acordo com o dado exposto no capítulo II na (pág. 45) a saúde mental ainda tem sido um desafio para os profissionais da ESF. Segundo dados da OMS (2003), uma em cada quatro pessoas desenvolvem transtornos psíquicos em algum momento da vida. Em países desenvolvidos, 44% a 70% das pessoas não recebem tratamentos adequados,

enquanto, nos países em desenvolvimento esse percentual pode chegar a 90%, refletindo no impacto dos agravos em saúde mental na população e também na atenção básica, visto ser esse o único atendimento disponível em muitas localidades brasileiras (BRASIL, 2003).

Quando se avalia a trajetória do tratamento para o doente mental na organização do SUS, constata-se que o mesmo até bem pouco tempo, não era realizado pelos profissionais da atenção básica. Muitos casos considerados graves nem constavam nos registros populacionais da ESF, enquanto os casos mais leves eram sistematicamente encaminhados para os ambulatórios especializados, restringindo-se o atendimento apenas à repetição das receitas prescritas pelos psiquiatras (LIRA, 2007).

A partir dos avanços da Reforma Psiquiátrica, criou-se uma responsabilidade pelo delineamento de novos caminhos na assistência aos doentes mentais. A Reforma propõe-se a romper gradativamente com o modelo centrado no hospital, a criar serviços territoriais abertos. Surge, então, a necessidade de articular saúde mental e ESF, trazendo mais uma demanda para os profissionais que atuam nesses sítios.

Sendo assim um dos objetivos desta pesquisa foi avaliar como os profissionais entrevistados entendiam e miravam suas práticas para que a população atendida de fato pudesse experimentar um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Uma das questões disparadoras da entrevista trazia como temática de reflexão o conhecimento que os entrevistados possuíam sobre as ATs⁶ (atividades terapêuticas) desenvolvidas na comunidade. Ao formular a questão disparadora eram feitas referências ao fato do entrevistado conhecer na comunidade movimentos sociais, grupos de terceira idade, ongs, associação de moradores, grupos de autoajuda; grupos de idosos e etc...

Após um detalhamento do conceito do que seriam as atividades terapêuticas foi comum perceber a falta de conhecimento dos entrevistados sobre a realização destas atividades nas comunidades. Era comum ouvir relatos do tipo:

[...] Não especificamente que eu tenha conhecimento assim não.(E05)

[...] Olha não tenho ouvido falar nisso não. Eu acho que na verdade a coisa ainda tá muito centrada no médico e no paciente.

⁶ ATs - Tomamos como conceito de atividades terapêuticas, àquelas que existindo na comunidade ampliariam o escopo de atenção ao bem estar psicossocioafetivo dos sujeitos. São atividades com complexo nível de variação podendo incluir diversas orientações e objetivos: (manifestações religiosas; esportivas; artísticas; de lazer; cultura; reabilitadoras; terapêuticas, políticas e etc...)

Porque na verdade o paciente psiquiátrico não precisa só do médico. Ele precisa também de um psicólogo, precisa de alguém em casa que oriente. Então, às vezes a família não tem estrutura, não sabe lidar com o paciente... Às vezes ele fica agressivo por conta do comportamento da família... então existe uma falta de preparo assim geral, até mesmo de alguns médicos, eu acredito, porque é uma área muito específica... eu acho isso... (E07)

Não. Até porque eu não sou daqui. Eu fico mais aqui no posto mesmo entendeu? E também eu estou há poucos meses aqui, venho duas vezes na semana então não conheço não.(E04)

[...]Aí eu vou te falar que eu vou ficar te devendo um pouco... devendo no sentido de não ter muito embasamento sobre isto. Estou aqui há pouco tempo e então não conheço muito bem estes movimentos... Na verdade nem sei se eles existem [...](E01)

[...]Não nesse sentido não. Certa vez me chamaram para dar uma palestra lá em (*bairro do município*) na associação de moradores do bairro eu fui, mas, nunca mais me chamaram. Eu acho até que isso já não existe mais [...](E03)

Um fator que chama atenção nos sete relatos é que existe um desconhecimento sobre as atividades que são realizadas nas comunidades fora do espaço da estratégia de saúde da família e até mesmo algumas atividades que são realizadas naquele espaço. Ao ser comunicado pelo entrevistador e matriciador sobre um grupo de arteterapia que acontece periodicamente na unidade de saúde o entrevistado relata:

“[...] Então eles tinham me convidado uma vez no ano passado mais foi em dia que não deu pra vir, então assim aqui eu não tenho contato nenhum pra te dizer que faz ou não efeito entendeu”? (E01)

[...] Eles falaram que fariam oficinas de costura de pintura, mas eu não tenho visto estas coisas sendo realizadas não.[...] Então sinceramente eu não vejo muito estas atividades aqui na unidade, mas repito eu só fico aqui dois dias e então eu não sei se elas possam estar acontecendo em outros dias. (E06)

As características do território de abrangência das unidades também não foram citadas espontaneamente por nenhum entrevistado. Foi possível notar que existia por parte dos profissionais um desconhecimento sobre características particulares daqueles lugares.

[...] Não. Até porque eu não sou daqui. Eu fico mais aqui no posto mesmo entendeu?
(E05)

Nenhum dos médicos entrevistados mora na localidade em que está sediada a unidade de saúde. Outro dado relevante é que três dos sete médicos entrevistados não moram na cidade onde fora realizado o estudo.

Este entrave poderia ser minimizado caso as informações sobre a comunidade fossem partilhadas pelos agentes de saúde e equipe de saúde nos momentos de reunião de equipe. Porém estes espaços de reflexão são escassos e muitas vezes não são vivenciados pelos médicos. Isto poderia ter como causa a demanda de atendimentos agendados que os médicos possuem nas unidades, uma redução na carga horária do médico que fora negociada com a categoria em detrimento de um aumento salarial reivindicado pelos médicos há cerca de um ano atrás ou até mesmo a recém-chegada de alguns profissionais à unidade de saúde.

Conforme vimos no capítulo I (pág.24) de acordo com Barcellos o território exerce um papel fundamental na constituição da noção de saúde e sofrimento de uma comunidade.

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Abre-se aqui uma reflexão: Como cuidar de pessoas que habitam um lugar, desconhecendo as características singulares deste lugar?

O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o lócus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendido e visualizado espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil

demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (Mendes, 1993, Barcellos e Rojas, 2004).

Conforme já vimos com (Sluzki, 1997) é possível pensar que as fronteiras significativas do individuo não se limitam à família nuclear ou extensa, mas incluem todo um conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de praticas sociais.” (p.37)

Cada território, cada comunidade demandam diferentes formas de atenção e de cuidados. Daí a importância do médico ultrapassar sua técnica e sua especialidade para inventar novos modos de intervir e de cuidar, ajudando a encontrar caminhos que possam oferecer à população a possibilidade de conduzir sua própria saúde. Neste sentido vale a pena refletirmos sobre quais as contribuições que podem ser geradas a partir do matriciamento das equipes de saúde. Ficou evidenciado em algumas entrevistas que há de certa forma por parte dos médicos desinformações sobre algumas questões importantes sobre a comunidade. Estimular a criação de espaços periódicos de discussão de casos que valorizem os aspectos do matriciamento com o envolvimento de todos os profissionais das equipes poderia ser uma boa ferramenta para ser promovida pela equipe de apoio. Problematizar a reflexão de casos clínicos que tenham nós críticos em seu cerne também poderia ser uma boa ferramenta para prover os profissionais das unidades de saúde. Criar estratégias que sensibilizem os médicos para participação em eventos extra consultório também parece ser uma demanda candente.

A questão da medicalização das condutas em oposição á um cuidado mais holístico também pode ser observado em algumas entrevistas.

[...] Bom eu sou meio cético nesta parte aí. Eu sou mais contido. Essa parte até por falta de conhecimento meu. Pra mim posto de saúde é posto de saúde. Clínica médica e tal, entendeu? Então essa parte aí eu sou meio cético. Eu não vi ninguém aqui me mostrar os resultados... Eu sou um médico a moda antiga... de examinar, prescrever, encaminhar pra quem precisa encaminhar [...] (E06)

Durante a entrevista de alguns profissionais foi possível perceber uma prerrogativa sobre a visão biomédica do ser humano. Essa visão fundamentada em princípios cartesianos que valorizam a eficiência técnica e o conhecimento científico tende a atenuar uma visão mais holística das experiências dos sujeitos. Foi possível perceber em alguns profissionais uma inclinação, talvez até por suas formações acadêmicas, de pouco privilegiamento dos aspectos ambientais e emocionais no seu olhar sobre os pacientes. Nesse sentido torna-se necessário trazer a baila algumas reflexões sobre o pensar dos entrevistados nesta abordagem. Cada território, cada comunidade demandam diferentes formas de atenção e de cuidados.

Os sujeitos implicados no processo de produção de saúde devem ser entendidos, verdadeiramente como sujeitos.

Segundo Ronzani (2003) uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial da ESF diz respeito à atuação dos profissionais. Além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Portanto, a ESF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, que deve começar nos centros formadores.

Na ESF uma condição basal para a prática profissional do médico consiste em extrapolar as paredes do consultório e enxergar a comunidade e suas relações.

Fernandes (1993 p.45) destaca que a prática clínica extra consultório, na APS: tem "má reputação entre os médicos, na medida em que, na verdade, estes se veem desguarnecidos de instrumentos teóricos capazes de ajudá-los a dar conta de boa parte da demanda que têm a atender".

Fomentar eventos que instrumentalizem e sensibilizem os profissionais para estas questões parece ser uma necessidade urgente também na localidade estudada.

Em contrapartida foi possível perceber que quando existem subsídios propiciados pelas equipes aos médicos eles de alguma maneira tendem a participar dos programas ou intervenções propostas.

[...] O que teve bom mesmo aqui que eu vi que deu um resultado foi o grupo de cessação do tabagismo. Ali a maioria das pessoas parou de fumar mesmo, né? Eu não sei dos números disso, talvez a enfermeira

possa até dizer melhor mais eu observei que muitos deixaram de fumar. Então sinceramente eu não vejo muito estas atividades aqui na unidade, mas repito eu só fico aqui dois dias e então eu não sei se elas possam estar acontecendo em outros dias. Eu me lembro de que no ano passado a gente já foi até em escolas dá umas palestras e tal, mas acho que até isso deu uma parada.[...] (E06)

[...] Certa vez me chamaram para dar uma palestra lá em (*bairro na cidade*) na Associação de Moradores do bairro eu fui mais nunca mais me chamaram. (E01)

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeiro lugar, não se trata de analisar as formas regulamentares e legítimas do poder no seu centro, no que possam ser seus mecanismos gerais e seus efeitos constantes. Trata-se, ao contrário, de captar o poder em suas extremidades, em suas últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições regionais e locais, principalmente no ponto em que ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica em técnicas e se mune em instrumentos de intervenção material, eventualmente violento.

Michel Foucault, Soberania e Disciplina, aula de 14 de janeiro de 1976 no Collège de France.

O SUS representa um enorme avanço para promover as transformações rumo à construção de um novo modelo de atenção à saúde. A complexidade para mudar as bases que sustentam o modelo médico assistencial predominante no País vem sendo descrita nas últimas décadas e retrata a necessidade de compreender os determinantes da hegemonia do modelo sanitário.

A ESF é hoje, no Brasil, a estratégia construída pelo MS para enfrentar a crise do setor saúde, buscando recompor a prática da APS. Tem a expectativa de reorganizar a prática assistencial com novas bases e critérios, mas apresenta grandes desafios e impasses para romper com o modelo médico hegemônico.

Neste trabalho, procuramos conhecer um pouco do cotidiano de médicos que atuam na ESF de um município do interior do estado do Rio de Janeiro, observando, na descrição do trabalho ali realizado, processos sociais contemporâneos mais amplos e algumas nuances sobre o campo da saúde mental nas comunidades.

A perspectiva que caracterizou este estudo exploratório de situação de saúde esteve voltada para o entendimento das condições particulares de produção e reprodução da lógica de cuidado em saúde mental que atualmente são adotadas pelos médicos na ESF (Estratégia Saúde da Família em Cachoeiras de Macacu).

Foram eleitas como eixo norteador deste estudo três categorias que balizaram as análises empreendidas após as entrevistas com os profissionais.

Considerando os objetivos deste estudo que se pautaram no fazer dos profissionais médicos que assistem diretamente o usuário da Estratégia de Saúde da Família, colocamos sobre análise 1) a rede de cuidados em saúde mental no território; 2) a dimensão dada pelos médicos da ESF ao uso de medicação psicofarmacológica e 3) a atenção psicossocial como referencial teórico para a análise da práxis em consonância com os pressupostos da Reforma.

Após a análise dos resultados encontrados nas entrevistas com os médicos tornou-se possível observar algumas características, dentre elas: a persistência de uma formação acadêmica fragmentada e basicamente hospitalar; a falta de educação permanente voltada ao reconhecimento dos problemas da realidade local; a minimização de uma visão subjetiva das comunidades, seus territórios e suas relações; a minorização da importância do contexto que a relação familiar representa no perfil saúde-doença dos usuários; os entraves da dinâmica do matriciamento entre outros.

Essas, aliás, são questões presentes em estudos recentes e que aqui se revelam na análise do contexto de implementação da estratégia em um campo de possibilidades e de limites para a consolidação do novo modelo de reordenamento da Atenção Primária.

Cumpramos chamar atenção para o fato observado na prática destes profissionais que evidencia as consultas médicas na unidade como a principal atividade dos mesmos, em detrimento de outras atribuições também sugeridas em sua atuação como as visitas domiciliares, participação em eventos comunitários, realização de palestras e diversas abordagens outras que buscam promover uma maior integração deste profissional com a comunidade.

Com relação às exigências surgidas na prática médica foi relatado por alguns entrevistados insegurança e incompreensão sobre o tema da saúde mental.

Foram sinalizadas como principais demandas em saúde mental queixas de ansiedade, estresse, alcoolismo e depressão.

A questão da demanda por repetição de receitas de psicotrópicos foi um fator que teve marcante presença em todos os discursos. Segundo alguns médicos esta, aliás, é uma condição muito angustiante para eles, pois apesar de terem um pensamento crítico com relação ao uso indiscriminado de psicotrópicos na contemporaneidade eles se veem “forçados” a repetir receitas já prescritas por outros profissionais.

Chama a atenção o fato de nenhum dos entrevistados relatarem ênfase na APS durante a graduação, nem receber incentivos e informações necessários para optar por este campo de trabalho.

Como parte dos entrevistados era formada nos cinco últimos anos, percebe-se que, apesar dos esforços presentes, as escolas médicas persistem em não potencializar a prática médica extra-hospitalar, que necessita, obrigatoriamente, da interação entre o conhecimento “médico sobre os processos de adoecimento e o conhecimento do paciente sobre sua vida, sem os quais não há possibilidade de desenvolvimento de um diagnóstico e de uma ação terapêutica consistente”.

Para atuar na ESF e realizar um atendimento médico tecnicamente consistente, é necessária uma formação que amplie o campo de percepção clínica, “sob o risco de se desenvolver uma atuação profissional superficial, ineficiente e de baixa resolutividade, dominada pela monotonia e repetitividade oriundas da pobreza fisiopatológica dos casos e da estreiteza do olhar médico”.

Constata-se ainda uma tendência muito forte em se considerar o trabalho na APS como algo de menor valor e prestígio no meio acadêmico quando comparado ao trabalho de outras especialidades médicas.

De acordo com dados da pesquisa “Perfil dos Médicos do Brasil”, realizada pelo CREMESP 2011, de 204.563 médicos registrados nos Conselhos de Medicina, 1,2% são especializados em Medicina Geral e Comunitária, enquanto 33,2% destes são especialistas nas áreas básicas (pediatria 13,4%; gineco-obstetria 11,8%; clínica geral 8,0%).

Seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade estes profissionais, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres. Isto seria a construção de sujeitos plenos, capazes de liberar sua energia criativa no trabalho vivo que cada um é capaz de operar em outra modelagem assistencial.

Todos referem excesso de trabalho e responsabilidades e a necessidade de organização dos outros níveis de assistência no município, descrevendo especificamente a ausência de uma rede regionalizada de referência e contra referência de serviços assistenciais. Assim, percebem-se os limites do trabalho na APS que, por si só, mesmo realizando um trabalho de qualidade sob uma ótica ampliada do cuidado, não altera substantivamente a lógica organizativa dos serviços, em que predomina a assistência à doença sem suas demandas espontâneas, centradas no apoio diagnóstico, equipamentos e medicamentos.

A lógica matricial refletida neste estudo necessita de intensas reformulações em seu fazer prático para apoiar e fundamentar algumas ações de mudanças paradigmáticas na ESF.

A ferramenta apoio matricial pensada como dispositivo, trás um desafio maior do que a implementação de um serviço, pois trás para cena a necessidade de se trabalhar conceitos, repensar e reinventar práticas e valores, ou seja, se configura como um processo social complexo que não se esgota com a criação de equipes de NASF. A criação da equipe é um dos primeiros passos, mas a educação permanente de gestores e profissionais é fundamental para se constituir bases teórico-práticas.

A receptividade dos médicos à entrevista revela uma postura responsável, aberta e crítica, com muita vontade de participar ativamente como sujeitos da construção da ESF.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir para uma reflexão da prática até aqui adotada neste município do interior.

Esperamos contribuir para que os profissionais e os envolvidos neste processo de saúde assumam uma postura de enfrentamento à submissão a um modelo que se diz benéfico à saúde das pessoas, recuperando sua capacidade de sensibilizar-se com a dor do outro, hoje já tão naturalizada. Compreender que muitas vezes a subjetividade dói e não anseia por um ato médico, mas sim por um alô do médico passa a ser desde já uma das intenções deste estudo.

Compreender que saúde mental é também um fenômeno do humano e não somente um fato biológico; é próprio da forma de vida de uma pessoa, de seu contexto, de sua história vivida e concreta.

Se ao menos um destes desejos puderem se realizar todo esse esforço terá valido á pena.

Apoiado em um pensamento freudiano busco inspiração para seguir tentando:

“Não desejo suscitar convicções, o que desejo é estimular o pensamento e derrubar preconceitos”.
Sigmund Freud

6.0-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Adriano Amaral. A Psiquiatria no divã – Entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 2004.

AGUIAR, A. A. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003. Sub-Tema: 2-D. Disponível em <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj> Acesso em 27 de janeiro de 2013.

AMARANTE, PAULO DUARTE DE CARVALHO. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro. Nau editora, 2003d.

AMARANTE, PAULO DUARTE DE CARVALHO. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 65-70p.

AMARANTE, PAULO DUARTE DE CARVALHO. “Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.” In: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*, por Ligia Giovanella (org), 735-760. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ANGELL, M. A epidemia da doença mental – Revista Piauí-59. 2011. 45-50p.

ANGELL, M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos – 5º Edição- Rio de Janeiro. 2010.

BARCELLOS, Christovam. (2003) A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada a mais? Caderno Prudentino de Geografia. Presidente Prudente, v. 25: p. 29-43, 2003.

BIRMAN JA. Cidadania tresloucada. In: Bezerra Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 71-90.

BOGOCHVOL, A. Sobre a psicofarmacologia. In: MAGALHÃES, (Org.). Psicofarmacologia e Psicanálise. São Paulo: Escuta, 2001.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE de. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acessado 2012 agosto 09] Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, novembro, 2005. Disponível Em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em 2012-08-11. BRASIL. Lei nº. 8080/90. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990a, seção I.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde 109 Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. – Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Diário Oficial da União 2002; 19 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção básica. Circular Conjunta n. 01 e 03 de 13/11/2003 – (2003).

BRASIL. Lei nº. 8142/90. Brasília: Diário Oficial da União, p. 25694, 31 dez. 1990b, seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família, Caderno I. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. NASF. Disponível em:<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>>. Acesso em: 30 jan. 2009b.64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 160p.

BRONFENBRENNER, U.A. (1996). Ecologia do Desenvolvimento Humano. Trad. M.A.V. Veronese: Porto Alegre: Artes Médicas.

BUSS, P. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In D. Czeresnia. Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências (pp. 15-38). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CAMARGO Jr, Kenneth Rochel de, e NOGUEIRA, Maria Inês. Dois tópicos para uma discussão sobre medicina e ciência. Série Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, n. 172, dez./1998.

CAMPOS, G. W. S. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, p. 51-67, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Matrix support and reference team: a methodology for interdisciplinary health work management. Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, jan./mar. 1999.

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

CYRINO, E. G. et al. (Org.) *A universidade na comunidade*. Educação médica em transformação. Botucatu: UNESP, 2005. 164p.

CONRAD P. The shifting engines of medicalization. In: The medicalization of society. The Johns Hopkins University Press; 1.^a edition, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. O Trabalho Médico no Brasil. São Paulo: Cremesp, 2011. 23 p. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2013.

COSTA, E.M.A. CARBONE, M.H. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CORDEIRO, H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 2^o ed., 1985.

CUNHA MFC. A racionalidade da mercantilização da doença [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

DELGADO PGG. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (como um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: Tundis SA, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1987.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saúde Soc. São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health, Washington, v. 21, n. aceito, p. 164-176, 2007.

FERNANDES JCL. A quem interessa a relação médico-paciente? Cad Saúde Pública. 1993;9(1):21-27.

FISHER, HELEN E. (1995). Anatomia do amor: a história natural da monogamia, do adultério e do divórcio. Rio de Janeiro: Eureka.

FLORINDO, A. A. Núcleos de Apoio a Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. *Revista Brasileira Ativ. Fis. Saúde*, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 72-73, 2009.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Alcohol drinkers, Primary Health Care and what is “lost in translation”. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.37, p.573-85, abr.

FOUCAULT M. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

_____ (1977) *Vigiar e punir*. Rio de Janeiro, Vozes.

FRANÇA, S. A. M. Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública. 1994. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

FREUD, S. - Ich will keine Überzeugungen erwecken — ich will Anregungen geben und Vorurteile erschüttern. - *Gesammelte Schriften, Volume 7 - Página 250, Sigmund Freud*, Anna Freud - Internationaler psychoanalytischer Verlag, 1924.

GARBAR, Claire; THEODORE, Francis. *Família mosaico*. Tradução de Luciano Lopreto. São Paulo: Augustus, 2000.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. (no prelo).

GRANDESSO, M. A. Família e narrativas: histórias, histórias e mais histórias. In: CERVENY, C. M. O. (Org.). *Família e*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GREENLAND, P. New Policies Needed Now on Interactions Between Pharmaceutical Companies and Physicians. *Archives Internal Medicine*, v.169, n.9, may. 2009

HOLANDA, Caroline Sátiro de. As técnicas de reprodução assistida e a necessidade de parâmetros jurídicos à luz da Constituição Federal de 1988. Fortaleza, UNIFOR, 2006. 263p. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional). Universidade de Fortaleza.

ILLICH I 1975. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Ed. Nova Fronteira, São Paulo.

LAING, R. D. (1983). A política da família. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes Editora.

LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2006.

LANCETTI, A. (Org.) Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2000. 220p. (SaúdeLoucura, 7).

LEVCOVITZ, E.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEFÉVRE, F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo. Cortez,1991.

LIPOVETSKY, Gilles. Os tempos hipermodernos. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

LIRA, A. R. S. O desafio do Apoio Matricial em Saúde Mental feito às equipes de Saúde da Família em Aracajú. In: Cadernos IPUB. Saúde mental na atenção básica. n. 24. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2007.

LUZIO, C. A. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas. 2003.

OSLER W .Lopes AD, Lichtenstein A. Rev Med (São Paulo). 2007 jul.-set.;86(3):185-8.

MELER, IRENE (S. D.). Familias en transición: nuevas estrategias terapéuticas. Conferência proferida no X Congreso Argentino de Psicología.

MENDES, E. V. (1999). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec.

MERHY E.E. "A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência" in

Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.

MINAYO, M. C.de S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

MOYSÉS MAA, COLLARES C. A medicalização do não-aprender-na-escola e a invenção da

infância anormal. http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/4sessao_especial/se%20-.pdf. Acesso em 27 de março de 2013.

MS (Ministério da Saúde), 1994. Saúde Dentro de Casa. Programa de Saúde da Família. Brasília. Fundação Nacional de Saúde.

NASCIMENTO, M.C. A centralidade do medicamento na terapêutica contemporânea. Rio de Janeiro, 2002. 138 p. [Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

OLIVEIRA, G Nunes de, 2011. Devir Apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.

PAIM JS. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. Interface Comunitária Saúde Educação.2001; 5:143-6

PATRÍCIO, Z. M. Cenas e Cenários de uma família: A concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: BUB, L. I. R. et al. (Org.) Marcos para a prática de Enfermagem com famílias. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. Revista Psicologia, Ciência e Profissão. Ano três. v.21, p.38-43, 2003.

QUINET, A. (Org). Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RIBEIRO, P. T. The right to healthcare: integrity, diversity, and territoriality. Ciência Saúde Col. Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1525-1532, 2007.

RONZANI TM, RIBEIRO MS. Identidade e formação profissional do médicos. *Rev Bras Educ Med* 2003; 27(3):229-236.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C.. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). *aumentada*, 2002).

SANTOS MESB. Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de antirretrovirais no Estado de São Paulo, Brasil [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SANTOS, N. R. dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, p. 2009-2018, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. et al. *Saúde do Adulto. Programas e Ações Na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SGAMBATI ERV. Reinternação e rejeição familiar: um estudo com pacientes psiquiátricos. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1983.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. A. (Org.) Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz. 2007. p. 27-41.

SINGLY, François de. O nascimento do „indivíduo individualizado“ e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, Clarice E.; SINGLY, F.; CICCHELLI, V. (Orgs.) Família e individualização. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2000.

SLUZKI, C. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

STARFIELD, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York:

Oxford University Press, 1998.

TESSER, C. D. (org.) Medicalização social e atenção à saúde no SUS. HUCITEC, São Paulo, 2010.

TRIVIÑOS, A. N.. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. 2006. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. 142

YASUI, S. *A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico*. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras, Unesp, Assis, 1999.

VAITSMAN, J. (1994). Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas. Rio de Janeiro: Rocco.

WINNICOTT, D. W. (1983) O Ambiente e os Processos de Maturação. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; Health Evidence Network (amended). Quick reference guide (amended) April (Europe). What is the evidence on effectiveness of the detection, management and outcome of depression? WHO Regional Office for

Europe; 2004. 17 p. Disponível em: National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.euro.who.int/document/e85243.pdf>



APÊNDICE A

Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária: O caso de um município do interior – RJ.

Roteiro de questões disparadoras que será aplicado aos profissionais médicos da ESF.

- 1) Conte-me sobre sua trajetória profissional em relação a saúde mental...
- 2) Como você vê as questões da saúde mental no município?
- 3) Fale um pouco sobre sua conduta diante das demandas em saúde mental...
- 4) Como você avalia a rede de atenção em saúde mental aqui no município...
- 5) Quais as demandas em saúde mental que você observa com frequência em sua prática?
- 6) Você conhece alguma atividade terapêutica na comunidade? Fale sobre elas...
- 7) Suas considerações finais...



APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na atenção primária: O caso de um município do interior do Rio de Janeiro.

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa sobre as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família, desenvolvida por **Ailson Campos Junior**, discente de (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde na Região Leste do estado do Rio de Janeiro, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Paulo Duarte Carvalho do Amarante.

O objetivo central do estudo é entender como tem sido desenvolvido o cuidado em aos pacientes portadores de transtornos mentais na Estratégia de Saúde da Família.

O convite a sua participação se deve ao fato do contato direto que você como profissional da Estratégia de Saúde da Família disponibiliza clinicamente aos usuários deste serviço de saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não

consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto.

A entrevista somente será gravada se houver sua autorização .

Assinalar com um X

() Autorizo a gravação.

() Não autorizo a gravação.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora, e do questionário aproximadamente trinta minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de podermos através dos resultados obtidos, melhorar e potencializar os cuidados dispensados à população estudada.

Os resultados serão divulgados em relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

Tenho ciência de que, considerando o pequeno número de entrevistados pode ser que por algum dado ou informação seja possível que o entrevistado seja identificado.

Em caso de dúvidas e em relação às questões éticas e sobre a necessidade de rubricas tenho ciência de que posso me dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz:

Endereço:

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

Município: RIO DE JANEIRO - **UF:** RJ-

Fax: (21)2598-2863 - **Telefone** (21)2598-2863 - **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

Ailson Campos Junior

Assinatura do Pesquisador Responsável – Aluno do Mestrado MPVSL
ENSP/FIOCRUZ

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável:

Endereço: Rua: Fernando Teixeira, 59 Tuim – Cachoeiras de Macacu -RJ

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

ANEXO A

Tabela 1 – Os cinco princípios ativos da Portaria SVS/MS nº 344/1998 em formulações industrializadas de maior consumo no país. Brasil, 2007-2010.

ANO	Princípio ativo	Características	UFD	UFD/ farmácia e drogaria	UFD/1.000 habitantes	
2007	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		29.463	7	<1
	BROMAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		16.117	4	<1
	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		12.566	3	<1
	AMITRIPTILINA	Controle especial (Lista C1,) 10.740	3	<1		
	FENOBARBITAL	Psicotrópico (Lista B1, Receituário BRANCO)	9.793	2	<1	
2008	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		4.784.730	167	25
	BROMAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		2.519.556	88	13
	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		2.112.329	74	11
	FENOBARBITAL	Psicotrópico (Lista B1, Receituário BRANCO)	1.612.024	56	9	
	CARBAMAZEPINA	Controle especial (Lista C1,)	1.582.874	55		8
2009	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		7.498.569	214	39
	BROMAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		3.478.014	99	18
	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		3.069.676	88	16
	SIBUTRAMINA*	(C. especial (Lista C1, Receituário BRANCO)		2.653.396	76	14
	FENOBARBITAL	Psicotrópico (Lista B1, Receituário BRANCO)		2.524.212	72	13
2010	CLONAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		10.590.047	258	56
	BROMAZEPAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		4.463.460	109	23
	ALPRAZOLAM	Psicotrópico (Lista B1, Receituário AZUL)		4.360.203	106	23
	FENOBARBITAL	Psicotrópico (Lista B1, Receituário BRANCO)		3.203.824	78	17
	AMITRIPTILINA	C. especial (Lista C1, Receituário BRANCO)		3.060.358	75	16

Fonte: SNGPC/CSGPC/NUVIG/Anvisa; DATASUS/Ministério da Saúde.

Obs.: UFD = unidades físicas dispensadas; *Até março de 2010 a sibutramina fazia parte da lista C1 de controle especial. Após essa data a mesma foi remanejada para a Lista B2 de psicotrópicos anorexígenos, conforme RDC nº 13, de 26 de março de 2010.



ANEXO B

LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES NO TERRITÓRIO



